**ANEXO I: PROJETO DE APOIO AOS ESTUDANTES ATLETAS PARALÍMPICOS DA UFAC (EDITAL 08/2024)**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO:** |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | **RG:** | **CPF:** |
| **NATURALIDADE:** | **NACIONALIDADE:** | **MODALIDADE COM EXPERIÊNCIA:** |
| **Nº DE MATRÍCULA (Ufac):** | **CURSO:** | **PERIODO:** | **TURNO:** |
| **E-MAIL:** | **CELULAR:** | **TEL. FIXO:** |

**DADOS BANCÁRIOS DO(A) CANDIDATO(A):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO BANCO** | **AGÊNCIA** | **CONTA CORRENTE** | **VARIAÇÃO DA POUPANÇA (Se for o caso)** |
|  |  |  |  |

Declaro que todas as informações acima citadas são verdadeiras e que estou consciente de que a não veracidade das mesmas acarretará minha desclassificação no presente processo seletivo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

(Local, dia e mês)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Candidato(a)**