



Defensoria Pública do Estado da Paraíba

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

| |
|--|
| Nome completo: |
| Contato telefônico: |
| Endereço: |
| Instituição de ensino: |
| CPF: |
| Cidade onde mora: |
| Matrícula: |
| Período em curso: |
| Turno: |
| Coeficiente de Rendimento Acadêmico – CRA: [<input type="checkbox"/>] Candidato(a) deficiente [<input type="checkbox"/>] Candidato(a) indígena [<input type="checkbox"/>] Candidato(a) negro(a) [<input type="checkbox"/>] Candidato(a) quilombola [<input type="checkbox"/>] Candidato(a) integrante de outra comunidade tradicional |

Declaro para todos os fins que me encontro devidamente matriculado(a) na Instituição de ensino acima nominada.

Declaro, ainda, que todas as informações acima descritas são verdadeiras.

_____, ____ / ____ / ____.
Local e data.

Assinatura