



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