**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **Dados Pessoais** |
| Nome:  CPF:  Nome da mãe:  Nome do pai:  sexo: ( ) masculino ( ) feminino  Data de Nascimento:  Estado civil:  e-mail:  Telefone: ( ) |

|  |
| --- |
| **Naturalidade** |
| País:  Município:  UF: |

|  |
| --- |
| **Documentos** |
| RG: Órgão de Expedição:  Data de Expedição: UF:  Título de Eleitor: Zona: Seção:  UF: Data de Emissão: |

|  |
| --- |
| **Endereço** |
| Logradouro:  Bairro:  CEP:  UF: Município: |

|  |
| --- |
| **Assinale em qual opção de modalidade de vagas está se inscrevendo:** |
| ( ) Ampla concorrência (AC) (16 vagas)  ( ) Pessoa com deficiência (PcD) (2 vagas)  ( ) Pretos, Pardos e Indígenas (PPI) (6 vagas) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO DE PRODUÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avaliação do Currículo Lattes do proponente a partir do ano de 2015** | **Pontuação** | **Pontuação máxima atribuída** | **Pontuação atribuída pelo candidato** |
| Curso de pós-graduação com carga horária mínima de 360 horas | 2,5 pontos/curso | 5 pontos |  |
| Mestrado acadêmico ou profissional concluído | 5 pontos/curso | 5 pontos |  |
| Doutorado acadêmico ou profissional concluído | 10 pontos/curso | 10 pontos |  |
| Trabalho completo publicado em periódico científico | 1 pontos/artigo | 5 pontos |  |

**ANEXO III**

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para o fim específico de concorrer a reserva de vagas no Edital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Instituto Federal do Espirito Santo (Ifes) com base na Portaria Normativa MEC Nº 13, de 11 de maio de 2016 e na Resolução do Conselho Superior do Ifes Nº 10, de 27 de marco de 2017, que me identifico como (marcar apenas uma das opções):

( ) Preto

( ) Pardo

( ) Indígena

Declaro, também, estar ciente de que, a comprovação da falsidade desta declaração, em procedimento que me assegure o contraditório e a ampla defesa, tornará minha classificação no edital sem efeito, o que implicará na minha exclusão do processo seletivo e que, caso a comprovação de falsidade seja após a matrícula, implicará no cancelamento da minha matrícula nesta Instituição Federal de Ensino, em ambos os casos, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Declaro, ainda, estar ciente que serei convocado a participar de procedimento de verificação complementar da autodeclaração ou procedimento de heteroidentificação realizado por comissão específica para este fim do Instituto Federal do Espírito Santo para verificação da afirmação contida na presente declaração e que o procedimento de verificação para os negros será feito levando-se em consideração tão somente as características fenotípicas e para indígenas a análise documental.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – CANDIDATO INDÍGENA**

Nós, abaixo-assinado, residentes na Comunidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaramos para os devidos fins de direito que o (a) estudante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, é INDÍGENA, residente nesta comunidade, mantendo laços familiares, econômicos, sociais e culturais com a referida comunidade.

Por ser verdade dato e assino.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura de Liderança

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura de Liderança

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Cacique ou Vice-cacique

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (informar o nome da pessoa que possui deficiência) portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ao Ifes que, conforme CID n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, constante no laudo médico em anexo, possuo a(s) seguinte(s) deficiência(s):

⃝ Deficiência física

(Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções – Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004).

⃝ Deficiência auditiva

(Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz. - Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004).

⃝ Deficiência visual

(Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores – Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004).

⃝ Deficiência Intelectual

(Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; h) trabalho – Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004).

⃝ Deficiência múltipla

(Associação de duas ou mais deficiências – Redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, §1º).

⃝ Transtorno do Espectro Autista

(A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. É aquela com síndrome clínica caracterizada por: a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e das interações sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos – cf. Lei nº 12.764/2012).

O laudo médico com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID, atesta a espécie e grau da deficiência.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) declarante

**ANEXO VI**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para o fim específico de concorrer no processo seletivo do Edital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Instituto Federal do Espirito Santo (Ifes) venho requerer por meio deste que necessito das condições especiais especificadas abaixo para a participação no processo seletivo:

( ) a. Magnificação de tela;

( ) b. Ledor e transcritor;

( ) c. Prova ampliada com fonte de tamanho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

( ) d. Computador com leitor de telas de uso livre (Exemplos: NVDA, DOSVOX, ...);

( ) e. Computador para provas discursivas;

( ) f. Intérprete de Libras;

( ) g. Prova em vídeo em Libras;

( ) h. Português como segunda língua;

( ) i. Tempo adicional para realização da prova

( ) j. Outros (especificar e justificar):

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

**ANEXO VII**

**FORMULÁRIO DE RECURSO**

Encaminho a V.Sa. o recurso e peço DEFERIMENTO.

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação** | |
| Número do edital do processo seletivo: |  |
| Nome: |  |
| CPF: |  |
| E-mail: |  |
| Telefone: |  |

|  |
| --- |
| **Recurso etapa:** |
| **Justificativa do recurso** |
|  |

Cariacica, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)

**ANEXO VIII**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

(Preencher sem abreviaturas com os dados do candidato)

**Coordenação de Registros Acadêmicos (CRA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eu:** | | | | | | | | Data de Nasc.  \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_ | | | | | | |
| Nome social: | | | | | | | | Naturalidade: | | | | | | |
| Cor/raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta | | | | | | | | Nacionalidade: | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | Nº: | | Complemento: | | | | | | |
| Bairro: | | | | | | | | CEP: | | | | | | |
| Cidade/Estado: | | | Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural | | | | | | | | | Sexo: ( ) M ( ) F | | |
| Com quem reside: ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( ) Outros, especificar: | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | Celular: | | Telefone fixo: | | | | | | | Grau de Instrução: | | | |
| Profissão: | | Estado Civil: | | N.º de filhos: | | | | | | | Tipo Sanguíneo: | | | |
| Renda per capita familiar (renda total da família dividida pelo nº de pessoas dessa família):  ( ) 0<RFP<=0,5 ( ) 0,5<RFP<=1( ) 1,0<RFP<=1,5 ( ) 1,5<RFP<=2,5 ( ) 2,5<RFP<=3,5 ( ) RFP>3,5 | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da mãe: | | | | | | | | Tel.: | | | | | | |
| Nome do pai: | | | | | | | | Tel.: | | | | | | |
| E-mail da mãe: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail do pai: | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pelo aluno: Grau de parentesco: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail do responsável: | | | | | | | | | | CPF: | | | | |
| Endereço, se diferente do aluno: | | | | | | | Nº: | | Complemento: | | | | | |
| Bairro: | | | | | | | | | CEP: | | | | | |
| Cidade: | | | | | Estado: | | | | | | | | Tel.: | |
| Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural | | | | | | | | | | | | | | |
| Aluno beneficiário do Programa Bolsa Família: ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinale o tipo de vaga:  ( ) Ampla concorrência (AC) | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Pessoa com deficiência (PcD) | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Pretos, Pardos e Indígenas (PPI) | | | | | | | | | | | | | | |
| Necessidades específicas: ( ) Deficiência Visual - Cegueira ou Baixa Visão\* ( ) Deficiência Auditiva - Surdez ou Baixa Audição\* ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Intelectual ( ) Deficiência Múltipla ( ) Transtornos Globais do Desenvolvimento\* ( ) Altas habilidades/ Superdotação.  \*Especificar: | | | | | | | | | | | | | | |
| Venho requerer matrícula para o Curso | | | | | | | | | | | | | |  |

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no Edital

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) aluno(a)

**ANEXO IX**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular (ou seu Representante Legal) concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

|  |  |
| --- | --- |
| Titular – Aluno a ser matriculado  *Pessoa a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.* | |
| Nome: | |
| RG: | CPF: |

Ao assinar o presente termo, o Titular consente e concorda que o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo – Ifes, CNPJ nº 10.838.653/0001-06, com sede na Avenida Rio Branco nº 50, Santa Lúcia, Vitória (ES), telefone 55 27 3357-7500, e-mail: acs@ifes.edu.br, doravante denominada Controlador, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

**Dados Pessoais**

O Controlador fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados do Titular:

* Os dados pessoais fornecidos no Requerimento de Matrícula e eventuais alterações posteriores.
* Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços do Controlador.
* Imagem/Voz do Titular em contexto acadêmico;
* Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador.

**Finalidades do Tratamento dos Dados**

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

* Possibilitar que o Controlador identifique e entre em contato com o Titular para fins de relacionamento acadêmico.
* Possibilitar a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;
* Possibilitar que o Controlador elabore contratos, convênios e similares.
* Possibilitar que o Controlador envie ou forneça ao Titular seus serviços, de forma gratuita.

**Compartilhamento de Dados**

O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

**Segurança dos Dados**

O Controlador responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

**Término do Tratamento dos Dados**

O Controlador poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao Controlador, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados do Titular. O Titular fica ciente de que poderá ser inviável ao Controlador continuar o fornecimento de produtos ou serviços ao Titular a partir da eliminação dos dados pessoais.

**Direitos do Titular**

O Titular tem direito a obter do Controlador, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

**Direito de Revogação do Consentimento**

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador.

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Assinatura do Titular: |  |

A não assinatura implica no não consentimento para tratamento de dados pessoais.

O não consentimento do Titular para tratamento de dados pelo Ifes em consonância à Lei 13.709 não anula seu direito a matrícula e os direitos e deveres decorrentes desta.

Avenida Rio Branco, 50, Santa Lúcia – Telefone: 27 3357-7500  
29056-264 – Vitória/ES – ifes.edu.br