



Governo do Estado de Mato Grosso
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

PROJETO MUXIRUM DIGITAL

Formulário de Inscrição – Curso de Inclusão Digital

Local do Curso: _____

1. Dados Pessoais

- Nome Completo: _____
- CPF: _____ Natural: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____
- Idade: _____ Estado Civil: _____
- Grau de Escolaridade: _____
- Endereço: _____
- Bairro: _____
- Cidade: _____ Estado: _____
- CEP: _____
- E-mail (caso tenha): _____
- Telefone: (____) - _____
- Contato de emergência: (____) - _____ *Grau de Parentesco:*

2. Informações Adicionais

- **Você possui alguma experiência prévia com tecnologia (computador, celular, internet)?**
 - () Nenhuma
 - () Básica
 - () Intermediária
 - () Avançada
- **Quais dispositivos você tem acesso? (marque todos os que se aplicam)**
 - () Computador
 - () Tablet
 - () Smartphone (celular)
 - () Nenhum



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

3. Motivação para Participação no Curso

- **Quais são seus principais interesses ao participar deste curso? (Marque todas as opções que se aplicam)**
 - () Usar redes sociais (Facebook, WhatsApp, etc.)
 - () Navegar na internet (pesquisar informações, notícias)
 - () Fazer compras online
 - () Realizar videochamadas (com familiares, amigos)
 - () Acessar serviços públicos ou bancários pela internet
 - () Aprender a manusear o aparelho celular com tarefas básicas sem ajuda de terceiros.
 - () Outras (Especifique): _____

4. Necessidades Especiais

- **Você possui alguma necessidade especial que devemos saber para adaptar o curso?**
(exemplo: apoio visual, auditivo, etc.)
 - () Sim, explicar abaixo: _____
 - () Não

5. Informações sobre Saúde e Medicação

- **Você toma medicamentos regularmente?**
 - () Sim
 - () Não
- **Caso sim, por favor, nos informe se no horário do curso precisara tomar alguma medicação, qual seria ele (s)?**

Você tem alguma alergia ou condição de saúde que devemos conhecer?

- () Sim (Especificar):

- () Não



Governo do Estado de Mato Grosso
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

6. Termo de Consentimento

Ao me inscrever neste curso, autorizo a utilização dos meus dados pessoais para fins administrativos e para o acompanhamento do meu desempenho durante as aulas.

Local do curso: _____.

- **Assinatura do Inscrito:** _____
- **Data:** ____/____/____