

FORMULÁRIO A
CADASTRAMENTO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Preenchimento obrigatório no ato de requer o registro/cadastramento da Instituição de Ensino

Este Formulário refere-se ao Art. 3º do anexo III da Resolução nº 1.010, de 22 de agosto de 2005, e deve ser preenchido com as informações gerais relativas à Instituição De Ensino e seus cursos situados no âmbito das profissões inseridas no Sistema Confea/Crea.

1. IDENTIFICAÇÃO (Informar nos espaços abaixo os dados solicitados)

1.1. Denominação da Instituição de Ensino:

1.2. Endereço da instituição (completo)

1.3. Bairro

1.4. Município

1.5. UF

1.6. Telefone ()

1.7. E-mail

1.8 Atos autorizativos constitutivos e regulatórios da Instituição de Ensino

(Assinalar nas caixas pertinentes e indicar número e data dos Atos)

Lei de Criação

Decreto-Lei de Criação

Decreto de Criação

Registro em Cartório

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

2.1. Categoria Administrativa (Assinalar nas caixas pertinentes e indicar número e data dos Atos)

PÚBLICA

Federal Estadual Municipal Autárquica Fundacional

PRIVADA

Com fins lucrativos Sem Fins Lucrativos Comunitária Confessional
 Filantrópica Fundacional Corporativa

2.2. PERSONALIDADE FÍSICA

PERSONALIDADE JURÍDICA

Universidade Centro Universitário Faculdade

2.3. No caso de a Instituição Formadora ser "Multicampi", informar no espaço abaixo os *campi* fora de sede em que são oferecidos cursos regulares, cujos egressos devem registrar-se no Sistema CONFEA/CREA:

2.3.1

2.3.2

2.3.3

2.3.4

continua fls.2

CARACTERIZAÇÃO DO CURSO REGULAR DE FORMAÇÃO OFERECIDO PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Relação do curso regular de formação oferecido pela Instituição de Ensino cujos egressos devem registrar-se no Sistema Confea/Crea.

(Preencher o quadro abaixo com as informações gerais pertinentes)

CURSO OFERECIDO NA SEDE DA INSTITUIÇÃO

Nº de Ordem	DENOMINAÇÃO DO CURSO	NATUREZA DO ATO AUTORIZATIVO		NÍVEL DOS CURSOS Assinalar com X					
		Documento	Data	Técnico	Graduação Superior		Pós-graduação		
					Tecnológica	Plena	Senso lato Especialização	Senso Estrito	
									Mestrado

TÍTULO ACADÊMICO CONCEDIDO:

 3.2. Relação do curso regular de formação oferecido eventualmente pela Instituição de Ensino fora da sede, explicitando os correspondentes *campi* referidos no item 2.3.

(Preencher o quadro abaixo com as informações gerais pertinentes)

CURSO OFERECIDO FORA DA SEDE DA INSTITUIÇÃO

Nº de Ordem	DENOMINAÇÃO DO CURSO	NATUREZA DO ATO AUTORIZATIVO		NÍVEL DOS CURSOS Assinalar com X					
		Documento	Data	Técnico	Graduação Superior		Pós-graduação		
					Tecnológica	Plena	Senso lato Especialização	Senso Estrito	
									Mestrado

TÍTULO ACADÊMICO CONCEDIDO:

_____, de _____ de 200_____

Assinatura do representante legal da instituição de ensino