|  |
| --- |
| **FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATÓRIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO - FORMAÇÃO CONTINUADA/PÓS-GRADUAÇÃO** | **Data de Inscrição** | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMAÇÕES DO SERVIDOR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nome** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CPF Nº** |  | **RG Nº** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sexo** | **F** | **M** | **Nascimento** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Escolaridade** | **FUND.** | **MÉD.** | **SUP.** | **Formação** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Órgão de Lotação** |  | **Setor** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Matrícula Funcional** |  | **Cargo/Função** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Situação Funcional** | **Efetivo ( )** | **Comissionado ( )** | **Cedido ( ) Local Atuação:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Endereço Residencial:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bairro:** |  | **CEP** | **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Município** |  | **UF** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fone/Celular** |  | **Fone/Trabalho** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fone/Residência** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-mail** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Portador de necessidades especiais?** | **Não** | **Sim** | **Qual?** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DECLARAÇÃO DO SERVIDOR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  **Declaro estar ciente das condições gerais do curso, com as quais CONCORDO ao enviar essa ficha de inscrição e sofrer as penalidades constantes no documento referente às NORMAS PARA PARTICIPAÇÃO DOS SERVIDORES EM CURSOS DE CAPACITAÇÃO.** |
|
| **Local, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |