|  |
| --- |
| **FICHA DE CADASTRO** |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **Nome completo:** |
| **RG:** | **CPF:** |
| **Gênero: Feminino (\_\_\_) Masculino (\_\_\_) Outro (\_\_\_)** |
| **Local de nascimento:** | **UF:** |
| **Data nascimento:** | **Idade:** |
| **Estado civil:** |
| **Nome da mãe ou pai:** |
| **Endereço:** |
| **Complemento:** | **Bairro:**  |
| **Cidade:** | **Estado:**  | **CEP:** |
| **Tel. Fixo: ( )**  | **Celular: ( )** |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **ESCOLARIDADE** |
| **( )Não alfabetizado ( )Ensino Fundamental ( )Ensino Médio** **( )Ensino Técnico ( )Ensino Superior ( )Pós Graduação**  |
| **Descreva sua escolaridade: (completo, cursando, demais cursos realizados)** |

|  |
| --- |
| **EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS** |
| **Já trabalhou?** | **Sim (\_\_\_)** | **Não (\_\_\_)** |
| **Último emprego** | **Empresa**  | **Cargo** | **Período** |
| **Resumo da sua atividade** |
| **Penúltimo emprego** | **Empresa**  | **Cargo** | **Período** |
| **Resumo da sua atividade** |
| **Tem interesse em trabalhar? ( ) Não ( ) Sim** |
| **Tem interesse em ser Aprendiz? ( ) Não ( ) Sim** |

|  |
| --- |
| **CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU DE REABILITAÇÃO** |
| **Qual é a sua deficiência?** | **( )Física ( ) Visual ( )Auditiva ( )De fala** **( ) Intelectual ( ) Mental ( )Múltipla** **Descreva:** |
| **É reabilitado pelo INSS?** | **Não (\_\_\_)** | **Sim (\_\_\_)** | **Possui certificado de reabilitação?** | **Sim (\_\_\_)** | **Não (\_\_\_)** |
| **Possui alguma restrição para o trabalho?** | **Não (\_\_\_)** | **Se sim, qual?** |  |
| **Recebe algum benefício do governo?** | **Não (\_\_\_)** | **Se sim, qual?** |  |

|  |
| --- |
| **Fale sobre você e suas perspectivas profissionais** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Como ficou sabendo do Cadastramento?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Declaro que as informações acima são verdadeiras e autorizo a utilização para fins de processo seletivo.** |
| **Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Caso a pessoa não tenha possibilidade de preencher, informar abaixo dados do responsável pelo cadastro.** |
| **Nome:**  | **Tipo de vínculo:**  |
| **Assinatura:** |