

CURSO JORNADA DE TRABALHO – CONTROLE ELETRÔNICO DE PONTO (REP)

DATA:

LOCAL:

FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nº DE SÓCIO(A): _____ NÃO SOU SÓCIO(A): (____)

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ - _____

TEL.: (____) _____ CELULAR (____) _____  (____) _____

E-MAIL PARTICULAR: _____

CARTEIRA TRABALHO Nº: _____ SÉRIE: _____

RG: _____ CPF: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ ESCOLARIDADE: _____

DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ - _____ TEL.: (____) _____

CATEGORIA: _____ FUNÇÃO NA EMPRESA: _____

DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____

Estou ciente de que as entidades Seaac e Feaac fotografarão e filmarão o curso, e poderão fazer uso de minhas imagens nas entidades.

ASSINATURA: _____