

## **PEDIDO DE ADMISSÃO**

### **DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

e: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

C.P.F: \_\_\_\_\_

Gr. Sangüíneo: \_\_\_\_\_

Fator R.H: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

### **DADOS PROFISSIONAIS**

Título Profissional: \_\_\_\_\_

Ano da Colação de Grau: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Carteira CREA n.º: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Data Exped.: / /

Carteira M. Trabalho n.º: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

Data Exped.: / /

### **ATIVIDADES PROFISSIONAIS**

Empresa onde trabalha: \_\_\_\_\_

Data de admissão: / /

Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_

Outras atividades profissionais: \_\_\_\_\_

### **ENDERECOS**

Residência: \_\_\_\_\_

n.º: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Trabalho: \_\_\_\_\_

n.º: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cobrança: \_\_\_\_\_

n.º: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Residencial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Comercial: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### **DEPENDENTES**

NOME	GRAU PARENT.	DATA DE NASCIMENTO

Fico ciente que a utilização dos serviços/benefícios oferecidos pelo Senge-CE requer que eu esteja adimplente com minhas contribuições sociais.

Observação: 1) Anexar cópia da Carteira do CREA e Guia de Imposto Sindical;

2) A INADIMPLÊNCIA COM AS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS ACARRETARÁ PERDA(S) DO(S) SERVIÇO(S) /BENEFÍCIO(S).

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

### **PARECER DA DIRETORIA**

Em reunião do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a Diretoria definiu a presente solicitação.

\_\_\_\_\_  
DIRETOR PRESIDENTE