

PEDIDO DE ADMISSÃO

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Filiação: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

C.P.F: _____

Gr. Sanguíneo: _____

Fator R.H: _____

RG: _____

ENDEREÇO

Residência: _____

n.º: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Telefones: Residencial: _____

Celular: _____

E-mail: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Título Profissional: _____

Outras Titulações: _____

Instituição: _____

Ano da Colação de Grau: _____

Carteira Confea-RNP n.º: _____

Data Emissão.: / /

ATIVIDADES PROFISSIONAIS

Empresa onde trabalha: _____

Data de admissão: / /

Cargo que ocupa: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

n.º: _____

Bairro: _____

CEP: _____

DEPENDENTES

NOME	GRAU PARENT.	DATA DE NASCIMENTO

Fico ciente que a utilização dos serviços/benefícios oferecidos pelo Senge-CE requer que eu esteja com 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