

MUNICÍPIO

1

IDENTIFICAÇÃO

Dados Gerais

Possui CPF ? Sim  N°  -  Não Possuo/Perdi meu CPF

Nome Completo

Nome da Mãe

Sexo: Feminino  Masculino  Data de Nasc.  /  /

Possui RG? Sim  N°  Orgão expedidor   
Não Possuo/Perdi meu RG

Possui CTPS (Carteira de Trabalho)? Sim  N° PIS/NIS  Não Possuo/Perdi a CTPS

Possui Título de Eleitor? Sim  N°  Zona   
Não Possuo/Perdi o Título de Eleitor  Seção

Já se alistou no Serviço Militar Obrigatório? Não  Sim  → Se sim, já foi convocado? Não   
Sim, está servindo  Sim, já serviu  Sim, está aguardando  Sim, foi dispensado

Certificado de Revêrvista N°

2

CARACTERIZAÇÃO DO DOMICILIO

2.1 Número de membros da família que moram no mesmo domicílio:

2.2 Destes, quantos trabalham:

2.3 Renda domiciliar mensal: R\$

2.4 Alguém da família recebe algum auxílio do governo? Não  Se a sua resposta for "Não" passe para o campo seguinte.

Sim  → Qual?

3

**DADOS PESSOAIS****Endereço**CEP  - Endereço - Logradouro (rua, av./praça/quadra)  Complement. Nº  Bairro UF  Município Área Rural  Área Urbana Ponto de Referenc. **Dados pessoais**Telefone  Celular  - Telefone recado E-Mail: UF  Naturalidade Nacionalidade  NRE (se estrangeiro) Estado Civil: Solteiro(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a) 

4

**ESCOLARIDADE** **Ensino Fundamental** Cursando série: 1ª  2ª  3ª  4ª  5ª  6ª  7ª  8ª  9ª  Concluído  **Ensino Médio** Cursando série: 1º  2º  3º  Concluído  **Ensino Superior** Cursando série: 1ª  2ª  3ª  4ª  Concluído 

5

**PARTICIPAÇÃO EM OUTRAS MODALIDADES DE PROGRAMA**

5.1 Participa de outra modalidade do Programa de Qualificação e Requalificação Profissional do Trabalhador?

Não  Sim  → Qual? 5.2 Recebe algum auxílio financeiro? Não  Sim **COMPROMISSO**

Como já tenho conhecimento de todas as atividades que serão desenvolvidas no programa Meu Emprego Trabalho em Equipe, me comprometo a participar de todos os encontros, até conseguir minha inserção no mercado de trabalho.

**DECLARAÇÃO**

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta Ficha Cadastral e assumo as responsabilidades pelas mesmas.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Facilitador Responsável

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_