

**FICHA DE INSCRIÇÃO -
PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

1. Dados pessoais:

Nome completo: _____

Estado civil: _____ CPF: _____

C.I (nº): _____ Órgão emissor: _____ Data nascimento: _____

2. Dados Profissionais:

Sua profissão é: Físio Fono TO

Univers./Faculd.: _____

Formou em: _____

Reg. Profiss.: Nº _____ (Sigla do Estado) _____

Trabalha em: Consultório próprio Emprego

End. Comerc.: Av./Rua: _____ Nº: _____ Compl.: _____
Nome Com. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone/DDD: _____ Celular/DDD: _____

_____. _____. _____. (_____) _____ (_____) _____
E-mail: _____

Há quanto tempo você trabalha no seu Consultório/Emprego? _____

Quais as idades/tipos das crianças que você trata? Idades: _____

Tipos: _____

Existem outros profissionais da área em seu emprego/consultório? Sim Não

Quais? _____

End.Resid.: Av./Rua: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone/DDD: _____ Celular/DDD: _____

_____. _____. _____. (_____) _____ (_____) _____
E-mail: _____

Estou ciente de que esta Ficha de Inscrição apenas representa garantia de vaga, caso seja enviada devidamente preenchida e assinada, juntamente com a cópia do comprovante de depósito bancário, cópia do diploma de graduação e cópia da carteira de seu conselho profissional por E-MAIL ou VIA CORREIO.

Estou ciente também que minha participação depende de aptidões físicas, como ser capaz de levantar e carregar crianças e facilitar movimentos nos colegas e ser facilitado por eles.

Assinatura: _____ Data: _____ / _____ / _____



*Rua Espírito Santo, 2727 – Auditório
Telefone (31) - 3293-2711
bobath.bh@gmail.com
Belo Horizonte – Minas Gerais*