

FICHA DE INSCRIÇÃO E CADASTRO DE VOLUNTÁRIO DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DE FLORÍNEA

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Naturalidade: _____

Sexo: Fem. Masc. - Est. Civil: _____ CPF _____ - _____

End.: _____ Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado _____

Cep: _____ - _____ Telefone: (____) _____

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

Formação: Ensino Fundamental Incompl. Ensino Fundamental Compl. Ensino Médio Incompl.
 Ensino Médio Compl. Superior Incompl. Superior Compl.
 Pós – Graduação Cursando Pós Graduado Mestrado
 Doutorado Área de Formação: _____

Qual a sua atividade profissional?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Funcion. Público | <input type="checkbox"/> Funcion. ONG | <input type="checkbox"/> Autônomo |
| <input type="checkbox"/> Desempregado | <input type="checkbox"/> Profissional Liberal | <input type="checkbox"/> Dona de Casa |
| <input type="checkbox"/> Empresário | <input type="checkbox"/> Funcion. Estatal | <input type="checkbox"/> Pensionista |
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Funcion. Empresa Privada | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Aposentado: | () Por Idade | () Tempo de Serviço () Invalidez |

Você conhece o papel da DEFESA CIVIL?

SIM NÃO

Se SIM, quais ações você considera importantes: _____

Comente sobre sua atividade profissional:



Que atividades gostaria de realizar como voluntário?

Qual o seu tempo disponível? (Indicar o dia da semana e horário)

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro esta ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, prevista no Artigo 299 do Código Penal para o signatário, bem como a exclusão nas atividades prestadas com voluntário desta instituição.

_____ - ____ / ____ / _____
Local e Data

Assinatura