**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA – IEPTEC/DOM MOACYR**

**ESCOLA TÉCNICA EM SAÚDE MARIA MOREIRA DA ROCHA**

**FICHA DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CURSO: **BALCONISTA DE FARMÁCIA** | | | | | | |
| LOCAL: | | | | | | |
| **DADOS GERAIS** | | | | | | |
| NOME: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **FILIAÇÃO** | | | | | | |
| NOME DO PAI: | | | | | | |
| NOME DA MÃE: | | | | | | |
| **DOCUMENTOS** | | | | | | |
| RG: | | C.P.F: | | | | |
| SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO | | DATA DE NASC.: | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | | | | |
| RUA: | | | | | | Nº: |
| BAIRRO: | | COMPLEMENTO: | | | | |
| MUNICIPIO: | | | | | C.E.P: | |
| **CONTATOS** | | | | | | |
| CELULAR: | | | | | | |
| EMAIL: | | | | | | |
| CASO DE EMERGENCIA LIGA PARA | | | | | | |
| **DADOS IMPORTANTES** | | | | | | |
| ALERGIA ALGUM REMEDIO? ( ) SIM ( ) NÃO | | | QUAL? | | | |
| TEM ALGUMA DOENÇA GRAVE? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | QUAL? | | |
| TRABALHA: ( ) SIM ( ) NÃO | LOCAL: | | | | | |
| CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA: ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |
| POSSUI CAD UNICO: ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DE MINHAS ATRIBUIÇÕES ENQUANTO EDUCANDO, FAREI JUSTIFICATIVA JUNTO A SECRETARIA DA ESCOLA DE SAÚDE.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASS. DO EDUCANDO(A) ASS. DO RESP. PELA MATRICULA