**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