



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

INSCRIÇÃO PARA CURSOS PROFISSIONALIZANTES

CENTROS PROF.:

DATA: _____ CURSO: _____

NOME: _____ NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS: _____

PAI / MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: _____ RG.: _____ NATURALIDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____ RENDA FAMILIAR: _____ SÉRIE _____ GRAU _____

ENDEREÇO: _____ R\$ _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ TELEFONE COMERCIAL: _____ TELEFONE RECADO: _____ FALAR COM: _____

EMPREGADO DESEMPREGADO AFASTADO AUTÔNOMO APOSENTADO ATIVIDADE INFORMAL

COMO SOUBE DO CURSO?: _____

PORQUE QUER FAZÊ-LO?: _____ ASSINATURA: _____