

PARA PREENCHIMENTO DA GRE		
GERÊNCIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO - GRE: _____	INSCRIÇÃO Nº _____	(Este número deve ser o mesmo da FICHA II)

**Ficha I – Inscrição para a função de Alfabetizador(a) Voluntário(a) de Turmas para o “Ler, Entender e Fazer”**

Município que deseja atuar: _____	ZONA: U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

DADOS PESSOAIS			
1. Nome Completo		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
2. CPF		3. Data de Nascimento	
4. Naturalidade			UF
5. RG	Órgão Emissor	UF	Data de Emissão
6. Nome da Mãe			
7. Nome do Pai			
8. Endereço completo			
Rua ou Sítio: _____			Nº _____
Bairro: _____		Município: _____	
CEP: _____		Referência: _____	
9. Telefone fixo		10. Celular	
11. Email			
12. Escolaridade		13. Situação Ocupacional	
14. Estado Civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) divorciado ( ) viúvo			
15. Informações Bancárias (Não é necessário abrir conta. Isto é feito pelo FNDE caso o candidato seja aprovado e sua turma seja ativada)			
Nº da Agência do Banco do Brasil mais próxima		Cidade	

LOCALIZAÇÃO DA TURMA		Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
16. Qual o espaço definido para o funcionamento da Turma? ( ) Casa ( ) Escola ( ) Associação ( ) Igreja ( ) Outro Qual? _____			
17. Endereço completo			
Rua ou Sítio: _____			Nº _____
Bairro: _____		Município: _____	
CEP: _____		Referência: _____	
Horário de Funcionamento: _____			
18. DIAS DE AULAS <input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira <input type="checkbox"/> Quinta-feira <input type="checkbox"/> Sexta-feira <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo			
OBSERVAÇÕES:			
19. DOS ALUNOS PRÉ-CADASTRADOS, ALGUM POSSUI DEFICIÊNCIA AUDITIVA?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA PARA A FUNÇÃO
Declaro ter disponibilidade de 10 horas semanais para atuar como Alfabetizador(a) Voluntário(a) de Turmas no Plano Estadual de Alfabetização de Jovens e Adultos – Ler, Entender e Fazer, por um período de oito meses, bem como participar da Formação Inicial e da Formação Continuada, conforme estabelecido no Edital de Seleção.

OBSERVAÇÕES: \* ANEXAR CÓPIAS DO RG E CPF A ESTA FICHA. \* O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Candidato (a) no ato da inscrição

COMPROVANTE DO CANDIDATO

COMPROVANTE DO CANDIDATO

NOME DO(A) CANDIDATO(A): _____	INSCRIÇÃO Nº: _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA INSCRIÇÃO: _____	Local e data de inscrição _____, ____/____/____

