

FICHA DE INSCRIÇÃO

Curso de Capacitação Profissional utilizando Softwares TOTVS

INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

Início das aulas: <i>Outubro/2011</i>	Documentos entregues:
Término das aulas: <i>Junho/2012</i>	<input type="checkbox"/> 02 fotos 3x4 <input type="checkbox"/> RG/Cert.Nascimento <input type="checkbox"/> CPF do aluno <input type="checkbox"/> CPF e RG dos pais ou responsável <input type="checkbox"/> Comprovante de residência <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Comprovante de renda (de todos os residentes e trabalhadores da residência. Levar atestados médicos e demais comprovações em caso de doentes crônicos na casa) <input type="checkbox"/> Comprovante de escolaridade

C U R S O S	Conteúdo Específico	Conteúdo Básico - Comum a todos os Cursos
	1) CRM (Gestão de Relacionamento com Clientes) 2) ERP TOTVS Processos Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Windows</i> • Pacote Office • Internet • Comunicação Expressão • Cálculo Matemático • Workshop • TCC

ESCOLHA A OPÇÃO DE ACORDO COM A PRIORIDADE

CURSO	ENTIDADE	1ª Opção	2ª Opção	TURMA	HORÁRIO
CRM e ERP TOTVS	Fac.Pitágoras			Turma 1 e 2	08h00 as 12h00
CRM e ERP TOTVS	Fac.Pitágoras			Turma 3 e 4	13h30 as 17h30

*CEDB - Centro Educacional Dom Bosco

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
 Telefone res.: _____ Tel. Para recado: _____ Celular: _____
 Email: _____
 Naturalidade (cidade e estado onde nasceu): _____
 Solteiro Casado

Data de nascimento: ____/____/____ **Idade:** ____ **Estado Civil:** _____
Nacionalidade: _____ **RG:** _____ **CPF:** _____
Nome do Pai: _____ ***CPF:** _____
Nome da Mãe: _____ ***CPF:** _____

* campos obrigatórios

Relacione abaixo, as pessoas que moram na sua casa, inclusive você, e se trabalharem, mencione o salário.

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Renda Mensal
				RS
				RS
				RS
				RS
				RS

				RS
				RS
				RS
Total da renda (Favor somar o valor da renda!)	RS			
Na sua casa existe algum(s) automóvel (is)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> não	Qual (is)?	

ESCOLARIDADE				
<input type="checkbox"/> Cursando ___ série do Ensino Fundamental (1ª à 8ª)	<input type="checkbox"/> Cursando ___ série do Ensino Médio (1º ao 3º)			
Nome da		E		
		s		
		c		
		o		
		l		
		a		
		:		
<input type="checkbox"/> Ensino Médio (1º ao 3º) Concluído				
<input type="checkbox"/> Ensino Superior	Curso: _____	Nome da Instituição: _____		
Qual o valor da mensalidade? _____	Curso em andamento <input type="checkbox"/>	Curso Concluído <input type="checkbox"/>		
Qual período você estuda?	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noite	
CONDIÇÃO SOCIAL / GERAL				
Você trabalha atualmente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Profissão: _____	
Salário: R\$ _____			Horário: _____	
Tem filhos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Quantos? _____	
Reside com os pais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Com Parentes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Grau de parentesco: _____	
<input type="checkbox"/> Residência Própria	<input type="checkbox"/> Financiada	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Aluguel Mensal: R\$ _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
Você autoriza ao IOS a utilizar a sua imagem (ou a do seu filho, quando menor de idade) em vídeo institucional e material fotográfico?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Você já fez algum curso de informática?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quais?	
Em qual escola?	
Qual o tamanho de camiseta você usa?	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG
A partir de quantos anos de idade você quer começar a trabalhar? Explique.	
Como você conheceu o IOS?	
<input type="checkbox"/> Por colegas que já realizaram o curso	<input type="checkbox"/> Por colegas que ainda não realizaram o curso
<input type="checkbox"/> Internet/Site/Orkut	<input type="checkbox"/> Jornal
<input type="checkbox"/> Panfleto na escola	<input type="checkbox"/> Outros
Especifique:	
Você faz uso de alguma medicação? Qual (is)	

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__

No do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____