

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
Ficha de Dados Cadastrais – PROFESSOR SUBSTITUTO

Registro Funcional: _____ **Contrato:** _____ **Sexo:** _____ Não abreviar nomes

Nome: _____

Nome Social: _____

Logradouro: _____ Endereço: _____

Número: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ Município: _____

Estado: _____ CEP: _____ Reside na Zona: Rural Urbana

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Separado

Raça/Cor: Amarela Branca Indígena Negra/ Preta Parda

Grau de Instrução:

<input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Pós Doutorado	<input type="checkbox"/> Nível Técnico
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Superior Completo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação/Especialização	

Especialidade:

Ensino Médio ou Técnico (Nome do Curso): _____

Superior (Nome do Curso): _____

Especialização (Nome do Curso): _____

Pós-graduação (Nome do Curso): _____

Mestrado (Nome do Curso): _____

Doutorado (Nome do Curso): _____

Documentos / Contatos

CPF: _____ PIS/PASEP: _____

RG: Número: _____ Emissão: ____/____/____ Órgão Emissor : _____ UF: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____ Data nascimento: ____/____/____

Carteira de Trabalho: Nº: _____ Série: _____ Data de emissão: ____/____/____ UF: _____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Emissão: ____/____/____ UF: _____

CNH: _____ Categoria: _____ Validade: ____/____/____

Data de Emissão CNH: ____/____/____ UF: _____ Cartão SUS: _____

Telefone: ____ - _____ Celular: ____ - _____ Tel. Recado: ____ - _____

E-mail principal: _____

E-mail alternativo: _____

Tipo Sanguíneo: A B AB O Fator sanguíneo: + - **Doador de sangue:** Sim Não

Certificado Militar / Reservista: Número RA: _____ Série: _____ CSM: _____

Registro em Órgão de Classe: Número: _____ Órgão Emissor: _____
Expedição: ____/____/____ UF: _____ Definitiva Sim Não Validade: ____/____/____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____