

AGÊNCIA DO TRABALHADOR DE LONDRINA
PROGRAMA DE APOIO À INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA O MERCADO DE TRABALHO

DADOS DO CANDIDATO:

Nome: _____
Nº inscrição Sine: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: ()Casado ()Solteiro () Outros
End: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Fone 1: _____ Fone 2: _____ Fone 3: _____ Fone 4: _____

DOCUMENTAÇÃO

PIS/PASEP _____ RG: _____
CPF: _____ CARTEIRA DE TRABALHO: Nº _____ SÉRIE: _____

TIPO DE DEFICIÊNCIA

Física Auditiva Mental Visual Outra: _____
Descrição do tipo de Deficiência: _____

ESCOLARIDADE/CURSOS

Escolaridade: _____
Cursos Realizados:
1) _____ Instituição: _____
2) _____ Instituição: _____
3) _____ Instituição: _____

VIDA FUNCIONAL

Último emprego:
Empresa: _____ Fone da empresa: _____
Cargo: _____ Admissão: ____/____/____ Demissão: ____/____/____
Descrição das atividades: _____

Penúltimo emprego:
Empresa: _____ Fone da empresa: _____
Cargo: _____ Admissão: ____/____/____ Demissão: ____/____/____
Descrição das atividades: _____

Antepenúltimo emprego:
Empresa: _____ Fone da empresa: _____
Cargo: _____ Admissão: ____/____/____ Demissão: ____/____/____
Descrição das atividades: _____

Londrina, ____/____/____. Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES DA AGÊNCIA DO TRABALHADOR

Funcionário: _____