



Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIVISÃO DE TREINAMENTO

FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS DO CURSO

NOME DO CURSO:

LOCAL:

PERÍODO:

HORÁRIO:

DADOS PESSOAIS

NOME:

MATRÍCULA:

FONE:

CEL.:

E-MAIL:

LOTAÇÃO (Departamento/Setor):

HORÁRIO DE TRABALHO: [De às horas]

TELEFONE/RAMAL:

Grau de Instrução

ENSINO FUNDAMENTAL [] ENSINO MÉDIO []

ENSINO SUPERIOR [] ÁREA:

PÓS-GRADUAÇÃO: Especialização [] Mestrado [] Doutorado []

Declaro concordar com o que dispõe abaixo e demais condições estabelecidas para o presente curso:

- O servidor que realizar sua inscrição no curso e não comparecer ou desistir, deverá justificar à Divisão de Treinamento até o final do referido curso.
- Solicitamos ao servidor a pontualidade, assiduidade e respeito ao professor e colegas.
- Só receberá certificado o participante que tiver, no mínimo, 80% de frequência.
- Preencher com LETRA DE FORMA todos os itens da Ficha de Inscrição.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Requerente

Assinatura do Chefe Imediato