

PARTICIPANTE

TREINAMENTO: _____

NOME: _____

CPF: _____ IDENTIDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____ N°: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ TEL. FIXO: _____

CELULAR: _____ E-mail: _____

ESCOLARIDADE: Fundamental Médio Incompleto Médio Completo Superior Incompleto

Superior Completo CURSO: _____

POSSUI EXPERIÊNCIA NA ÁREA DO TREINAMENTO O QUAL VOCÊ SE INSCREVEU? () Sim () Não

EMPRESA ONDE TRABALHA

EMPRESA: _____ CNPJ: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

QUAL A FUNÇÃO EXERCIDA: _____

A EMPRESA É ASSOCIADA? () Não () Sim _____ ACE ITAÚNA _____ CDL ITAÚNA

FORMA DE PAGAMENTO

PREENCHIMENTO: EMPRESA / PESSOA FÍSICA

() DINHEIRO () CHEQUE () CARTÃO
() BOLETO (SOMENTE ASSOCIADAS ACE ou CDL ITAÚNA)

Para FATURAMENTO e COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO é necessário CARIMBO e ASSINATURA do representante legal da empresa.

PREENCHIMENTO: SETOR FINANCEIRO CDL

VALOR: _____

Faturado: () ACE () CDL

Parcela _____ N° Faturamento _____

() À vista () Depósito () Cheque () Cartão

Parcela _____

RECIBO N° _____

Data de PGTO/Faturamento ____/____/____

Responsável: _____



SUBSÍDIO SICOOB CENTRO-OESTE | PARA COOPERADOS ATIVOS

N° COOPERATIVA: _____ N° DA CONTA: _____ TITULAR: _____

Observação: O SICOOB subsidia somente **DUAS** inscrições por cada CONTA CORRENTE ATIVA.

DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM O EXPOSTO ABAIXO:

- A inscrição será efetivada após a entrega desta ficha, devidamente preenchida e assinada, concomitante ao pagamento;
- O não comparecimento, sem cancelamento prévio de 48 horas, autoriza a cobrança do curso;
- O Setor de Educação e Desenvolvimento se reserva no direito de somente iniciar turmas com no mínimo 50% das vagas preenchidas.
- Certificado de participação com frequência mínima de 75%.

ITAÚNA, _____ DE _____ DE 2018.

DATA DE VALIDAÇÃO ____/____/____

ASSINATURA DO INSCRITO