**FORMULÁRIO REFERE-SE AO EDITAL Nº04/2025 – CREDE 8 DA SELEÇÃO PÚBLICA PARA COMPOSIÇÃO DE BANCO DE GESTORAS/ES ESCOLARES 2025 DAS ESCOLAS REGULARES EM ÁREAS DE ASSENTAMENTO DA REFORMA AGRÁRIA (ESCOLAS DO CAMPO) PERTENCENTES À COORDENADORIA REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO - À CREDE 8 – BATURITÉ/CE.**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**DADOS PESSOAIS**

Nome Social[[1]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° Documento de Identificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato Telefônico 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contato Telefônico 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É Pessoa com Deficiência? ( ) Não ( ) Sim

Necessita de atendimento especial no dia da entrevista? ( ) Não ( ) Sim

Em caso positivo, indica sua condição de atendimento especial.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXAR:**

a) Documento de Identificação com foto;

b) CPF;

c) RG;

**Observação:** Caso seja PcD, anexar laudo médico original.

* 1. **DADOS SOBRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Nome do Curso de Licenciatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão do Curso de Licenciatura \_\_\_\_\_\_\_.

Nome da Instituição de Conclusão do Curso de Licenciatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPÇÃO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO:**

|  |
| --- |
|  ESCOLA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2025

Local e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

1. A pessoa travesti ou transexual (pessoa que se identifica e quer ser reconhecida socialmente, em consonância com sua identidade de gênero) que desejar atendimento pelo NOME SOCIAL, poderá solicitá-lo na ficha de Inscrição e preencher o Nome Social no espaço destinado. [↑](#footnote-ref-2)