|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **Nome Completo:\***  |
| **Nome de Tratamento:\*** |
| **CPF:\***  | **Formação:\*** | **Celular:\*** |
| **DADOS PROFISSIONAIS** |
| **Razão Social:\*** |
| **Nome Fantasia:\*** | **Cargo:\***  |
| **Tel.:\***  | **E-mail:\*** |
| **Logradouro:\*** | **Número:\*** |
| **Complemento:** | **Bairro:\*** |
| **Cidade:\*** | **UF:\*** | **CEP:\*** |
| **DADOS DA SECRETÁRIA / ASSISTENTE / CONTATO****(Se houver, o preenchimento dos campos é obrigatório)** |
| **Nome:** | **CPF:** |
| **Cargo:** | **Tel.:** | **E-mail:** |
| **BREVE CURRÍCULO\*** |
| **Formação:****Certificações:****Experiências Profissionais:** |

*Será de responsabilidade da****EFPC*** *coletar o consentimento dos titulares dos dados pessoais informados nesta ficha cadastral.*

*As regras quanto ao tratamento de dados pessoais aqui fornecidos estão estipuladas na Política de Privacidade da ABRAPP aplicável ao serviço prestado, disponível no endereço:* [*https://www.abrapp.org.br/politica-de-privacidade/*](https://www.abrapp.org.br/politica-de-privacidade/)*.*

*Asseguro a autenticidade das informações prestadas para que sejam utilizadas exclusivamente para a finalidade indicada no formulário, em conformidade ao disposto na Lei nº 13.709/2018.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Digital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_