# FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

## Dados Pessoais

Foto

Nome:
Data de Nascimento: / /
RG: CPF:
Endereço: nº
Complemento: CEP:
Bairro: Cidade: Estado:
Telefone: ( ) Celular: ( )
E-mail:

## Formação Acadêmica

Fundamental 2º Grau Técnico Superior
Se Técnico ou Superior, qual curso de formação:
Em que instituição: Ano de conclusão:
Possui Curso de Formação para Cuidador? Sim Não
Onde realizou? Ano de conclusão:
Atuação como Cuidador
Está trabalhando como Cuidador? Sim Não
Quanto tempo de experiência?
Área de Atuação: Casa de Família Hospital ILP

Forma de Pagamento: À Vista Parcelado
Data: / / Valor: R$ Visto:
Data: / / Valor: R$ Visto:

Declaro estar ciente dos critérios e exigências necessárias para o devido ingresso e conclusão do Programa de Treinamento para Cuidador de Idoso oferecido pelo Hospital de Retaguarda e Reabilitação Geriátrica REGER, em São José dos Campos – SP.

Assinatura: