



Foto

3 x 4

SOLICITAÇÃO DE TRABALHO

Cargo Pretendido:

Pretensão Salarial:

DADOS PESSOAIS

Nome:		Estado Civil:		Sexo: <input type="radio"/> Masc <input type="radio"/> Fem	
Endereço:		Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:	Tel:		Cel:	
Naturalidade:		Idade:	Data de Nascimento:		E-mail:
Nome do Pai, .:			Profissão:		
Nome da Mãe:			Profissão:		
Nome do Cônjuge:			Profissão:		
Nº de Filhos:	Maiores:	Menores:	Dependentes:		

DOCUMENTOS PESSOAIS

Carteira de Trabalho:		Série:	PIS:		RG:
CNH:		Categoria:	Validade:		CPF:
Reservista:			Título de Eleitor:		

SITUAÇÃO EDUCACIONAL

Escolaridade:		Curso de Formação:			
Está estudando: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Local:		Conclusão:	
Outros Cursos:				Concluído: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Entidade:		Duração:			
Curso:				Concluído: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Entidade:		Duração:			
Curso:				Concluído: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Entidade:		Duração:			

SITUAÇÃO ECONÔMICA

Casa Própria? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Aluguel (R\$):	Prestação/Financiamento (R\$):	
---	--	----------------	--------------------------------	--

Meio de Transporte: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Quitado: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Prestação/Financiamento (R\$):
---	--	--------------------------------

HISTÓRICO PROFISSIONAL

Último Emprego (Empresa):			Cargo:
Cidade:	UF:	Telefone:	
Data Admissão:	Data Demissão:	Salário (R\$):	
Principais Atividades:			
Motivo da Saída:			
Penúltimo Emprego (Empresa):			Cargo:
Cidade:	UF:	Telefone:	
Data Admissão:	Data Demissão:	Salário (R\$):	
Principais Atividades:			
Motivo da Saída:			
Ante penúltimo Emprego (Empresa):			Cargo:
Cidade:	UF:	Telefone:	
Data Admissão:	Data Demissão:	Salário (R\$):	
Principais Atividades:			
Motivo da Saída:			

HISTÓRICO DE SAÚDE

Quebrou alguma parte do corpo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Qual:	
<input type="radio"/> Destro <input type="radio"/> Canhoto	Altura:	Nº Calçado:	Roupa:
Doenças Recentes:		Cirurgias:	
Uso de Medicamentos:		É deficiente: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Qual:
Pratica Esportes:			Faz uso de cigarro: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

INFORMAÇÕES GERAIS

Pode trabalhar com escala de folga: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	À noite: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Morar na Granja: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Possui amigo/parente na empresa: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Quem:	Setor:
Religião:		Animais que possui em casa:
Pessoas que possam dar referência:		

Espigão do Oeste, _____ de _____ de _____