



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIVISÃO DE MOVIMENTAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 3721-8316 - 8201
E-mail: dim.ddp@contato.ufsc.br

CADASTRO PESSOAL DE EMPREGADO ANISTIADO
(Técnicos administrativos)

A SER PREENCHIDO PELO EMPREGADO INTERESSADO CONTENDO ASSINATURA

Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Cidade Nascimento: _____ UF _____
Sexo () masculino () feminino
Grupo sanguíneo: _____ Fator RH _____
Estado civil: _____
Nome do cônjuge: _____
Número de filhos menores de 21 anos: _____
Nome do pai: _____
Nome da mãe: _____
Cor/Origem Étnica: _____
Nacionalidade: _____
Deficiência: () Sim () Não. Qual? _____

Endereço

Logradouro _____ N° _____
Complemento _____
Bairro: _____ Município: _____ UF _____
CEP: _____ Telefone: _____ Celular: _____
E-mail: _____

CPF: _____ PIS () / PASEP () : _____

Carteira de Identidade: n° _____ Órgão Expedidor: _____ UF _____
Data de Expedição ____/____/____

Título de Eleitor: N° _____ Zona: _____ Seção: _____
Município: _____ UF: _____ Data Expedição ____/____/____

Registro Militar: N° _____ Órgão de Expedição: _____
Categoria: _____ Arma: _____ Série: _____

Carteira de Trabalho: N° _____ Série: _____ UF: _____
Data de Emissão: ____/____/____
Data do primeiro emprego: ____/____/____

Carteira de Classe: N° _____ Órgão: _____ UF: _____
Data de Emissão: ____/____/____

Estrangeiro: Passaporte: N° _____
Data de chegada: ____/____/____ país de origem: _____
Data publicação diário oficial: ____/____/____

Banco: _____ **N° da Agência:** _____
N° da Conta Corrente: _____
Bairro: _____
Cidade: _____

Escolaridade (exigida para o cargo)

- () Ensino Médio
- () Técnico profissionalizante (nível médio completo)
- () Especialização nível médio
- () Ensino Superior

Curso: _____

Estabelecimento de Ensino: _____

Município: _____ Concluído em: ____/____/____ Carga horária: _____

Titulação: () Curso Técnico

- () Residência Médica
- () Especialização

Formação: _____

Estabelecimento de Ensino: _____

Município: _____ País (Exterior) _____

Concluído em: ____/____/____

DATA: ____/____/____

Assinatura