



CENTRO ESPÍRITA
ABIBE ISFER

CADASTRO DO COLABORADOR TERMO DE ADEÇÃO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO

990
/

Dados do voluntário:

Nome: <u>ADALDO CAETANO DA SILVA FILHO</u>		
Data de nascimento: <u>25 / 11 / 1972</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino () Feminino	
Identidade n.º <u>37152380-1</u>	Órgão emissor: <u>SSP/SP</u>	CPF: <u>801 539926 20</u>
Endereço: <u>Rua Conselheiro Laurindo 778 Ap 1301</u>		
Cidade: <u>Curitiba</u>	UF: <u>PR</u>	CEP: <u>80060 100</u>
Telefone celular: <u>(41) 99999 0829</u>	Telefone: <u>(41) 99999 0829</u>	
E-mail: <u>DAUTINHO@VOL.COM.BR</u>		

Banco de talentos:

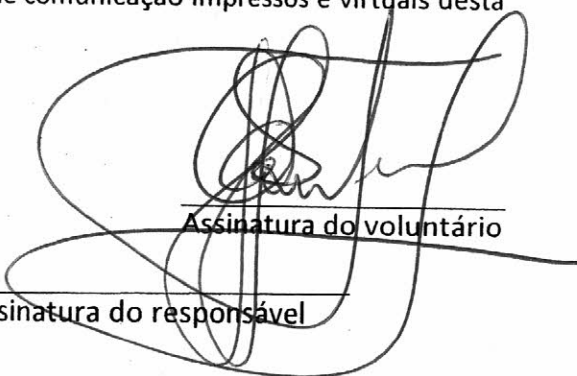
Escolaridade: () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto <input checked="" type="checkbox"/> Ensino superior completo
Área de formação acadêmica: <u>Contábil</u>
Área de atuação profissional: <u>Adm. Financeira / CONTABILIDADE</u>
Habilidades:
Setores em que atua:

Descrição do serviço que o voluntário prestará ao Centro Espírita Abibe Isfer - CEAI, na Alameda Cabral, 275, Centro, Curitiba/PR, CNPJ 05.407.763/0001-75.

SECRETARIA DE ÁREA SOCIAL

- ☒ Declaro que estou ciente e aceito os termos da Lei do Serviço Voluntário n.º 9.608 de 18 de fevereiro de 1998.
- ☐ Autorizo o uso da minha imagem para o registro das atividades realizadas no CEAI por meio de fotos e vídeos, para eventual divulgação nos meios de comunicação impressos e virtuais desta instituição.

Curitiba/PR, 01 de fevereiro de 2019.


Assinatura do voluntário

(*) Nome do Responsável

(*) Assinatura do responsável

Responsável pela Instituição

Cargo

Assinatura

Nome da Testemunha

Assinatura

(*) No caso do voluntário ser menor de idade.