

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDENCIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE POLITICAS E PROGRAMAS EDUCACIONAIS
COORDENAÇÃO DE FORMAÇÃO CONTINUADA**



FICHA DE PRÉ- INSCRIÇÃO

Nome do evento: _____	
Data do evento: ____ / ____ / ____	Local de realização: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
RG/UF: _____ / ____	CPF: _____ / ____	
Município de residência: _____	Estado – UF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fone Res. _____ - _____
E-mail (Expresso) _____	@seed.pr.gov.br	E-mail (pessoal) _____

ESCOLARIDADE

ENS. FUND. <input type="checkbox"/>	ENS. MÉDIO <input type="checkbox"/>	ENS. SUPERIOR <input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Pós Graduação	Especialização: <input type="checkbox"/>	Mestrado: <input type="checkbox"/>	Doutorado: <input type="checkbox"/>
Área de concentração do maior grau de formação: _____			

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

NRE: _____	Município de Atuação: _____
Nome do estabelecimento/setor que indicou sua inscrição no evento: _____	
Função que desempenha no estabelecimento/setor que indicou sua inscrição no evento: _____	
Carga horária: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas semanais	Se professor, qual a disciplina: _____
Nível de atuação:	Modalidade:
Educação Infantil <input type="checkbox"/>	Ed. de Jovens e Adultos <input type="checkbox"/>
Ens. Fundamental (1º a 5º) <input type="checkbox"/>	Ed. Especial <input type="checkbox"/>
Ens. Fundamental (6º a 9º) <input type="checkbox"/>	Ed. Indígena <input type="checkbox"/>
Ensino Médio <input type="checkbox"/>	Ed. do Campo <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Ed. Profissional <input type="checkbox"/>

TERMO DE COMPROMISSO:

Estou ciente de que, ao preencher esta ficha de pré-inscrição, assumo o compromisso de participar do evento acima mencionado, com frequência integral. Na impossibilidade de cumprir com este compromisso, comprometo-me a devolver os valores recebidos como Bolsa Auxílio, proporcionalmente aos dias de ausência, conforme orientações a serem obtidas junto ao GFS.

Data da Inscrição: ____ / ____ / <u>201</u>	Assinatura do candidato: _____
--	--------------------------------

CONCORDÂNCIA

Nome(s) do(s) responsável(is) pelo(s) estabelecimento(s)/setor que indicou sua inscrição:	
Nome: _____	Assinatura: _____
	Carimbo: _____
Nome: _____	Assinatura: _____
	Carimbo: _____
Obs. No caso do professor atuar em mais de um estabelecimento, obter a assinatura das direções de todos os estabelecimentos em que atua	