



CENTRO DE CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
E DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM SURDEZ-GO

Ficha de Inscrição para Avaliação

Dados Pessoais:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____

RG: _____ Órg. Expedidor: _____

CPF: _____

Ensino Superior Completo em: _____

Curso de LIBRAS com certificados (soma):

() 120 horas () mais de 120 horas

Área que deseja concorrer:

() Intérprete () Instrutor

Local, _____, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do(a) Candidato(a)