



REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE CRACHÁ FICHA DE CADASTRO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

É obrigatório o preenchimento de TODOS os campos e o fornecimento de 01 (uma) foto 3x4 colorida.



NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CEP: _____ - _____ TEL: _____

DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE ____/____/____

DATA DE TÉRMINO DA ATIVIDADE ____/____/____

ATIVIDADE / CARGO

ESTAGIÁRIO CIEE () (_____)

COLABORADOR () (_____)

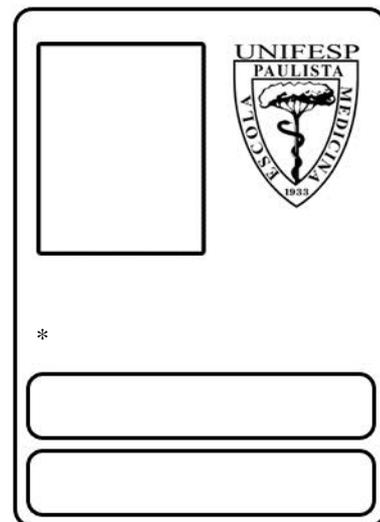
SE A ATIVIDADE / CARGO FOR DE NÍVEL SUPERIOR, INFORMAR O
CONSELHO DE CLASSE E O NÚMERO DO REGISTRO: _____

* COLOQUE O NOME COMO VOCÊ QUER SER CONHECIDO LIMITADO A 11 (ONZE) DÍGITOS.

DEPARTAMENTO QUE SERÁ SUBORDINADO _____

DISCIPLINA / SEÇÃO NA QUAL SERÁ LOTADO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO
CHEFE DA DISCIPLINA _____



Pró-Reitoria de Administração



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

À
Pró-Reitora de Administração

Senhora Pró-Reitora,

Solicito autorização para a confecção de crachá de identificação para _____
_____, portador do RG nº _____ o (a)
qual deverá relacionar-se com meu Departamento como _____, tendo a sua
atividade início em ____ / ____ / ____ e término em ____ / ____ / ____.

Estou ciente e concordo com os dados informados, bem como, confirmo a veracidade das informações.

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO
CHEFE DO DEPARTAMENTO

Pró-Reitoria de Administração

Rua Botucatu, 740 - 4º andar - CEP:04023-900 - São Paulo/Brasil
Tel.: (55) (011) 5576.4640 / 5085-0240