Preencha legível e envie por e-mail assinada – vanialuciaslaviero@gmail.com

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSO:** |   | Pós : (    ) ouFormação livre:  (    )  |
| É o mesmo curso e no mesmo dia, para ambos.  |
| **CIDADE:** |  | **Turma:**  |
| **NOME**: |  |
| **CPF** |  | **R.G.** |  | **UF** |  |
| **DATA DE NASC.:** |  **/ /**  | **SEXO:** |  | **EST. CIVIL:** |  **RELIGIÃO:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TELEFONE** | **( )** | **CELULAR** | **( )** |
| **ENDEREÇO:** |  | **N.º** |  |
| **COMPLEMENTO:** |  | **BAIRRO:** |  | **CIDADE:** |  | **UF** |  |
| **CEP** |  | **E-MAIL:** |  |

**PREENCHER SE FOR FAZER COMO PÓS**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUIÇÃO QUE SE FORMOU:** |  |
| **CURSO SUPERIOR:** |  | **DATA DA COLAÇÃO DE GRAU:** |  |
| **PROFISSÃO:** |  |

**Qual Opção de Pagamento Escolho?** ( ) À Vista com Desconto ( ) 4 Parcelas ( ) 10 Parcelas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assumo total responsabilidade por mim e pelo meu desempenho (ou da pessoa na qual estou sendo responsável),

pois este curso não é de cunho terapêutico. No local não há estacionamento, nem guardas de segurança.

Favor levar todos os seus pertences embora após as aulas. Não nos responsabilizamos por materiais deixados no recinto.

Prazo final de entrega dos documentos 1 semana após a data de início do curso, caso não traga fará como  Formação Livre.

\*Autorizo o uso de fotos e vídeos  tiradas no evento para fins de divulgação, livro e compilação de material didático.

..............................., ............de ...............................de 20...... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ASSINATURA**

**Documentos para entregar no primeiro dia de aula se for Pós Graduação**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1 Cópia Cédula de Identidade (R.G.)** | Contrato de Prestação de Serviços Educacionais Assinado: | [ ]  SIM | [ ]  NÃO |
|  | **1 Cópia Cadastro de Pessoa Física (CPF)** |
|  | **1 Cópia Comprovante De Endereço****1 Cópia Diploma de Graduação**  | **Nº de Parcelas:****Valor das Parcelas: R$** | [ ]  SIM | [ ]  NÃO |
|  |  |  | No Curso Livre apenas RG e CPF  |