**ANEXO III**

**MODELO DE FORMULÁRIO DE DADOS CADASTRAIS E RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS DO PROFISSONAL AUTÔNOMO** | | | | | |
| Nome: | | | | Data de Nascimento: | |
| RG: | | Órgão Emissor: | CPF/MF: | | Sexo: |
| Profissão: | | | Nº. do Conselho Regional: | | |
| Endereço: | | | | | |
| Complemento: | | | Bairro: | | |
| Cidade: | UF: | | CEP: | | |
| E-mail: | Fone: | | Celular: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMAÇÃO PROFISSIONAL** | | | |
| Tipo de formação: ( ) Aperfeiçoamento Profissional ( ) Graduação ( ) MBA ( ) Pós graduação  – doutorado ( ) Pós graduação – mestrado ( ) Pós graduação – especialização ( ) Primeiro grau ( ) Profissionalizante – técnico ( ) Segundo grau ( ) Sem informação | | | |
| Curso: | | Carga horária: | |
| Entidade: | Situação:  ( ) Completo ( ) Em conclusão ( ) Incompleto ( ) Iniciando | | |
| Ano de conclusão: | Observações: | | |
| **ÁREA DE ATUAÇÃO** | | | |
| Área: | Sub Área: | | Tempo de Atuação: |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL** | | | |
| Empresa: | Treinamento Ministrado: | | Carga Horária: |
| Data de início: | Data de Fim: | | Setor: |
| Tipo:  ( ) Curso  ( )Palestra | Comprovante: Enviar atestado de capacidade técnica | | |
| Nome do Responsável pela atividade: | | | Telefone: |
| Ramal: | Celular: | | E-mail: |