

NOME DA PAROQUIA:

FUNÇÃO:

INICIO:

SALARIO:

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância para nossa empresa

	Dados do Trabalhador	
01	Nome do Trabalhador:	
02	CPF:	
03	Número de Inscrição do Segurado (NIS) PIS/PASEP/INSS:	
04	Número e Serie da CTPS:	Data de emissão CTPS:
05	RG:	Data de emissão RG:
06	Título de Eleitor com zona e seção:	Data de emissão título eleitoral:
07	Nacionalidade:	
08	Nome da mãe:	
09	Nome da pai:	
10	Data de nascimento:	
11	Local de nascimento:	
12	Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros	
13	Sexo: () Masculino () Feminino	
14	Raça e Cor: () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc. () Parda (parada ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça () Não informado	
	Dados Complementares do Trabalhador	
15	Residente no Exterior: () Sim () Não	
16	Endereço:	
17	Número:	
18	Bairro:	
19	Complemento:	
20	Cidade:	
21	CEP:	
22	País:	
23	Residência própria: () Sim () Não	
24	Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não	
	Informações de Contato	
25	Número de telefone fixo do trabalhador:	
26	Número de telefone móvel do trabalhador:	
27	Numero de telefone para recados:	
28	Endereço eletrônico principal:	
29	Endereço eletrônico secundário:	
	Escolaridade	
	Grau de Instrução do trabalhador:	
30	() 01 – Analfabeto () 02 – Até a 4º série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter freqüentado escola regular () 03 – 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) () 04 – Da 5º a 8º série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) () 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio) () 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial) () 07 – Ensino médico completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial) () 08 – Educação Superior incompleta () 09 – Educação Superior completa () 10 – Pós Graduação	
	Pessoa com deficiência	
31	Possui algum tipo de deficiência: () Sim () Não Se sim, especifique:	
32	Observações:	
	Informações bancárias	
33	Código e nome do banco:	
34	Tipo da Conta: () Conta Concorrente () Conta poupança	
35	Código da agência:	
36	Conta bancária:	

	Dependentes
	Possui dependente? () Sim () Se sim, informar relação de dependência, nome, data de nascimento e CPF: Relação de dependência: _____ Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____
37	Relação de dependência: _____ Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____ Relação de dependência: _____ Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____
38	Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não
39	Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não
	Primeiro emprego:
40	() Sim () Não
41	Observações:
	Duração do contrato de trabalho
42	Tipo de contrato de trabalho: () Contrato de trabalho por prazo indeterminado - experiência () Contrato de trabalho por prazo determinado
43	Data do término do contrato de trabalho por prazo determinado

	Jornada de trabalho
	Dias da semana a qual trabalha:
44	() 01 – Segunda-feira horário: _____ () 02 –terça-feira horário: _____ () 03 - quarta-feira horário: _____ () 04 - quinta-feira horário: _____ () 05 - sexta-feira horário: _____ () 06 – Sábado horário: _____ () 07 - Domingo horário: _____
45	Quantidade média de horas trabalhadas na semana:

- Cópia dos seguintes documentos:**
- ✓ Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
 - ✓ Título de Eleitor;
 - ✓ Certidão de Alistamento Militar/Reservista;
 - ✓ Cópia do cartão do PIS/PASEP/Inscrição INSS;
 - ✓ Registro Geral (RG)
 - ✓ Certidão de Casamento;
 - ✓ Comprovante de Residência;
 - ✓ Comprovante de Escolaridade;
 - ✓ Cópia do cartão de conta corrente do Banco (conta onde é efetuado o crédito do salário mensal);
 - ✓ Cópia do RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes;
 - ✓ Cópia dos itens da Carteira de Trabalho: Número e Série, Qualificação Civil

O PREENCHIMENTO E A CÓPIA DOS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENTREGUES AOS RESPONSÁVEIS PARA ENTREGA AO RH NO PRAZO DE 04 DIAS ÚTEIS ANTES DA DATA DE ADMISSÃO JUNTAMENTE COM 1 FOTO 3X4, CTPS, EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E ANTECEDENTES CRIMINAL.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.
Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos são da minha inteira responsabilidade.
Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos.
Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.
Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

_____, ____ de _____ de ____

Assinatura do Trabalhador