



Certificação

Recertificação

Transferência

É Reexame?

Sim

Não

**DADOS CADASTRAIS**

Nome

Endereço

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

( )

Celular

( )

Fax

( )

E-mail

FILIAÇÃO

Nome da mãe

Nome do pai

**FOTO  
3 X 4**

Data de nascimento

/ /

Nacionalidade

Sexo

Feminino

Masculino

É canhoto?

Sim

Não

Documento de Identificação

Órgão emissor

Data

/ /

CPF nº

Naturalidade / UF

Estado civil

Nº Carteira Nacional de Habilitação

Validade

/ /

Necessidades especiais?

Nenhuma

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Deficiência física, qual?

Deficiência múltipla, qual?

Deficiência mental, qual?

Outra, qual?

Descreva sua necessidade de atendimento:

Situação profissional atual

Empregado

Desempregado

Autônomo

**SE ESTIVER  
EMPREGADO  
PREENCHER**

Nome da empresa

E-mail

CNPJ

Cargo / Função

Telefone

( )

Fax

( )

Endereço

Bairro

Cidade

UF

CEP

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

1. Qual a sua escolaridade?

Sem escolaridade formal

Ensino Fundamental (1º ao 9º ano)  Incompleto  Completo

Ensino Médio  Incompleto  Completo

Ensino Superior  Incompleto  Completo, qual?

Ensino Profissionalizante  Incompleto  Completo, qual?

Outra, qual?

2. É aluno ou ex-aluno do SENAI?

Não  Sim Qual curso? ..... Período? ..... a  
Qual escola?

3. É empregado ou ex-empregado do SENAI?

Não  Sim Qual DR? ..... Período? ..... a  
Qual unidade/área?

4. Qual a sua profissão?

5. Possui conhecimento em língua estrangeira?

Não  Sim Qual?

6. Você adquiriu a formação para atuar nessa ocupação através de:

Cursos  Trabalho (prática)  Outros, quais?

7. Há quanto tempo você atua na sua profissão?

Até 12 meses  De 1 a 3 anos  Acima de 3 anos

8. Você exerce outra atividade profissional além da descrita no item 3?

Não  Sim, qual?

**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

Certificação pretendida

Declaro que conheço e concordo com as regras de certificação descritas no Guia do Candidato do Sistema SENAI de Certificação de Pessoas, incluindo manter sigilo sobre o conteúdo dos exames e não participar de práticas fraudulentas na realização de exames:

Sim  Não. Por quê?

Caso certificado, autorizo a divulgação de meus dados de contato (nome, ocupação, telefone, email e região) no banco de profissionais do site do SSCP:

Sim  Não. Por quê?

Estou ciente que, caso certificado, o resultado da certificação será divulgado no site do SSCP. Declaro, ainda, para todos os efeitos legais, que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Data

Assinatura do candidato

**ANÁLISE CRÍTICA DA SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO (USO EXCLUSIVO DO CEC)**

Inscrição nº

Deferida

Indeferida

O SSCP tem conhecimento de algum potencial conflito de interesse?

Sim  Não

O SSCP tem capacidade de fornecer a certificação solicitada?

Sim  Não

O SSCP tem conhecimento de quaisquer necessidades especiais do solicitante?

Sim  Não

O SSCP pode satisfazer as necessidades especiais de atendimento do solicitante?

Sim  Não

O solicitante atende aos requisitos definidos pelo esquema de certificação, inclusive de educação, experiência e treinamento?

Sim  Não

Justificativa

Data

Nome e assinatura do responsável pela inscrição



## SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

SISTEMA SENAI DE CERTIFICAÇÃO DE PESSOAS - SSCP

### AGENDA DE EXAMES

Nome	CPF	Inscrição n°.		
Certificação pretendida				
Nome do responsável pela inscrição	<b>Exame</b>	<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Local</b>
Assinatura do responsável pela inscrição	Escrito:			
	Prático:			
Observações				



### COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

Nome	CPF	Inscrição n°.		
Certificação pretendida				
Nome do responsável pela inscrição	<b>Exame</b>	<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Local</b>
Assinatura do responsável pela inscrição	Escrito:			
	Prático:			
Observações				