FNDE

FORMULÁRIO PARA QUADRO TÉCNICO (QT)

CADASTRO DO QUADRO TÉCNICO DE NUTRICIONISTAS DO PNAE

Dados do Nutricionista (QT)

CPF* | | | | | | | | | | |-| | |

Nome Completo * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefone (Fixo)*	Celular	Fax	E-mail*
( )	( )	( )	

Endereço Residencial

CEP*	Endereço (Rua, Avenida, ou Praça)*	Barrio*	UF*	Município*

Complemento

UF*	**Entidade Executora do Vínculo***	CRN/Região*	Data de Vinculação*
			_____/_____/_____

Tipo de Vínculo* ( ) Concurso ( ) Cargo de Confiança ( ) Contrato de Prestação de Serviço com EEx.

Outro.Especifique:____________________ Carga Horária semanal*_____________________

Secretaria Municipal de Educação ( ) Secretaria Estadual de Educação - SEDUC ( ) Escola Federal ( )

Atuação exclusiva na modalidade de Educação Infantil (creche e pré-escola)

( ) Sim ( ) Não

Endereço do local de trabalho

CEP	Endereço (Rua, Avenida, ou Praça)	Barrio	UF	Município

Complemento

Telefone (Fixo)	Fax	E-mail
( )	( )	

Deseja receber correspondências no endereço: Residencial ( ) Trabalho ( )

____

Assinatura e carimbo do Nutricionista (QT)

De acordo em: ________/__________/_________

____

Assinatura do Prefeito ou Secretário de Educação

(Nome legível e cargo ou carimbo de indetificação)

OBS:

*O preenchimento de todos os campos com asterisco é **OBRIGATÓRIO** devendo ser redigido de forma legível;

Este formulário só será válido com a assinatura e carimbo do Nutricionista, seguida da assinatura do Prefeito ou Secretário de Educação;

O envio do formulário é obrigatório para que possa ser anexado ao processo do Município/Estado, divulgado no site do FNDE.