

MÉRITO DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO** |
| **NOME** |  |
| **CRCSC Nº** |  |
| **RG** |  |
| **CPF** |  |
| **ENDEREÇO** |  |
| **CIDADE | UF** |  |
| **CEP** |  |
| **TELEFONES** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **ASSINALE A CATEGORIA DE EFETIVO EXERCÍCIO:****( ) 15 – 24 ANOS ( ) 25 – 29 ANOS ( ) MAIS DE 30 ANOS** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA**

*Documentação: cópia autenticada do contrato de trabalho ou cópia da carteira profissional ou declaração da instituição de ensino.*