



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	Exame	Data	Hora	Local
Assinatura do responsável pela inscrição	Escrito:			
	Prático:			
Observações				



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

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