



# SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

## FICHA DE QUALIFICAÇÃO:

1- Nome: .....

2- Filiação: Pai ..... Mãe .....

3- Data de Nascimento: ...../...../..... 4 - Local de Nascimento:.....

5- Estado Civil: .....

6- Residência Atual:

Rua: ..... n.º: .....

Bairro: ..... Cidade ..... UF .....

CEP: ..... fone casa: (.....) -.....

7- Número do CRM: .....

8- Carteira de Identidade (Órgão Expedidor e Data de Expedição): ...../...../.....

9- Carteira de Trabalho e Previdência Social (Número e série): .....

10- CPF: .....

11- Locais de Trabalho

a) Nome do local de Trabalho: .....

Data de admissão: ...../...../..... cargo que ocupa: .....

Rua: ..... n.º: .....

Bairro: ..... Cidade ..... UF .....

CEP: ..... fone (.....) -..... Horário para contato: .....

b) Nome do local de Trabalho: .....

Data de admissão: ...../...../..... cargo que ocupa: .....

Rua: ..... n.º: .....

Bairro: ..... Cidade ..... UF .....

CEP: ..... fone (.....) -..... Horário para contato: .....

c) Nome do local de Trabalho: .....

Data de admissão: ...../...../..... cargo que ocupa: .....

Rua: ..... n.º: .....

Bairro: ..... Cidade ..... UF .....

CEP: ..... fone (.....) -..... Horário para contato: .....

d) Outros locais de trabalho (colocar no verso)

12- Tempo de exercício da profissão: .....

.....de .....de 2009.

**É importante preencher todos os dados para garantir sua estabilidade sindical**

Nome : .....

CRM: .....

Assinatura: .....

*Médico Sindicalizado é Médico Representado*