

NOME COMPLETO							
ENDEREÇO (Rua, Av)				Nº		CEP	
CIDADE				UF	Compl		
DN		___/___/19__		PROFISSÃO			
TEL RESID.		( ) -		TEL CEL.		( ) -	
E-MAIL						INDICATIVO	
<b>INSCRIÇÃO NO CURSO</b>							
<b>SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO</b>							
MEMBRO DA DEFESA CIVIL ( ) ONDE:							
VOLUNTÁRIO ( ) INSTITUIÇÃO:							

**IMPORTANTE: PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

DATA INSCRIÇÃO

\_\_\_ / \_\_\_ / 2009

**PARA REMETER FICHA DE  
INSCRIÇÃO**

**ENVIE PARA O FAX  
(55) 30274510**

**(SEG A SEXTA DAS 9h as 11:30 e das 14  
as 17h) ou e-mail:**

**[pu3cvb@gmail.com](mailto:pu3cvb@gmail.com)**

**Maiores Informações (55) 3027-  
4510 / 9181-0916 / 9103-2824**

**OBS. CURSO SERÁ REALIZADO  
SOMENTE SE TIVERMOS UM  
MÍNIMO DE 20 INSCRIÇÕES, CASO  
CONTRÁRIO SERA MARCADA UMA  
NOVA DATA**

**A DATA DO CURSO PODERÁ  
SOFRER ALTERAÇÃO.**