



FICHA DE ENTREVISTA

Data:

_ / _ / _

Nome Completo				
Endereço:			Nº	Complemento
Bairro:		Cidade:		Cep:
Fone Resid./Recado:	Celular:	CPF:	RG:	Nº de filhos
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento: (/ /)	Chefe de família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estado Civil:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 1º segmento (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental – 2º segmento (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio (2º grau) <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Cursando <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Cursando				

Deficiência:

- Não possui um dos membros inferiores ou parte dele coxa perna
- Não possui um dos membros superiores ou parte dele braço antebraço
- Possui paralisia em um dos membros inferiores (perna) esquerda direita
- Possui paralisia em um dos membros superiores (braço) esquerdo direito
-
- Não possui os dois membros inferiores (coxas e pernas)
- Não possui os dois membros superiores (braços)
- Possui os membros (braço/perna) com deformidade
- Ostomia permanente (bolsa coletora, traqueostomia,...)
- Possui nanismo (anão)
- Possui hemiplegia – paralisia em todo um dos lados do corpo
- Possui paraplegia – paralisia dos dois membros inferiores (pernas)

Você já nasceu com esta deficiência?

- Sim Não

Caso sua resposta seja negativa, como adquiriu/desenvolveu?

Acidente de Trabalho

Doença degenerativa. Qual? _____

Outro tipo de acidente. Qual? _____



Utiliza algum recurso como auxílio (por exemplo, cadeira de roda, muleta, óculos, Aparelho auditivo, bengala,...)? Qual?

Experiência Profissional

Já trabalhou? **Sim, quanto tempo?** _____ **Qual atividade?** _____

Não

Está trabalhando? **Sim, Onde?** _____

Qual o horário? _____

Não, Gostaria de trabalhar? **Sim** **Não**

Tem carteira assinada? **Sim** **Não**

Possui curso de informática? **Sim** **Não**

Tem interesse em fazer? **Sim** **Não**

Se já possui curso de informática, gostaria de fazer um curso de digitação?

Sim Não

Quais suas aspirações profissionais? (o que gosta e sabe fazer bem?)

Você possui o benefício do passe livre para deficientes? (carteirinha do transporte)

Sim Não

Recebe aposentadoria por invalidez ou algum tipo de benefício, pensão?

Sim Não

Email para Contato:

Observações: _____
