

CADASTRO DE FUNCIONÁRIOS

Departamento Técnico


alphaville

D. Pedro 3

DADOS CADASTRAIS

NOME COMPLETO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NATURALIDADE: _____ ESTADO: _____
RG.: _____ ÓRGÃO EXPEDITOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___
CPF: _____ PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____
NOME DA MÃE: _____
NOME DO PAI: _____
NOME DO (A) ESPOSO (A): _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ TELEFONE: _____ CELULAR: _____

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO

QUADRA: _____ LOTE: _____ PERNOITA: SIM NÃO

HORÁRIO DE ACESSO:

ATENÇÃO: ASSINALE E INDIQUE TODOS OS HORÁRIOS EM QUE HAVERÁ O ACESSO DESSE FUNCIONÁRIO. EM HORÁRIOS NÃO INDICADOS, O FUNCIONÁRIO NÃO TERÁ ACESSO.

SEGUNDA-FEIRA	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___	SÁBADO	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___
TERÇA-FEIRA	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___	DOMINGO	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___
QUARTA-FEIRA	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___	FERIADO	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___
QUINTA-FEIRA	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___	TODOS	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___
SEXTA-FEIRA	<input type="checkbox"/>	DAS ___:___ ÀS ___:___			

VEÍCULOS:

PLACA _____ MARCA _____ MODELO _____ COR _____
PLACA _____ MARCA _____ MODELO _____ COR _____

O PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL DEVE INFORMAR A ASSOCIAÇÃO ASSIM QUE HOVER O CANCELAMENTO DO ACESSO AO RESIDENCIAL.

CAMPINAS, ___ DE _____ DE _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO DO LOTE
OU RESPONSÁVEL COM PROCURAÇÃO