

<b>SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA (PESSOA FÍSICA) n ° ___/ ano 20 ___</b>	
<b>Nome do Instituto /Unidade Administrativa:</b>	
<b>DADOS PESSOAIS:</b>	
NOME: _____	Data de Nasc.: ___/___/___
Profissão: _____	Nº do Conselho Profissional: _____
RG: _____	CIC: _____
Endereço: _____ nº _____ Apto _____	
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ País _____	
Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____	
<b>ESCOLARIDADE:</b>	
1. Escola de Formação: _____	
Nome do Curso: _____ Ano de início: _____ Ano de término _____	
2. Cursos de Especialização: _____	
Escola: _____ Mês/Ano de início _____ Mês/Ano de término _____	
<b>LOCAL DE INTERESSE:</b>	
Área: _____ Período Desejado: ___/___/___ a ___/___/___	
Período: Manhã ( ) Tarde ( ) Integral ( )	
Objetivos: _____	
Data: ___/___/___	
Assinatura do Solicitante	
<b>MANIFESTAÇÃO DO CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	
Parecer: não aprovada: ( ) Justificativa: _____	
aprovada: ( )	
Encaminhado para: _____ Data: ___/___/___	
Assinatura e Carimbo do CEP	
<b>MANIFESTAÇÃO ÁREA:</b>	
Parecer: não aprovada: ( ) Justificativa: _____	
aprovada: ( )	
Encaminhado para: _____ Data: ___/___/___	
Assinatura e Carimbo da Área	