|  |
| --- |
| **Evento/Curso:**  |

**Tipo de Inscrição:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Empresa | [ ]  Estudante  | [ ]  Particular |

|  |
| --- |
| Nome: |
| Nome para Crachá: |
| Endereço: |
| CEP: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: |
| RG/Org. Exp.: | CPF: |
| Empresa: |
| Telefone (com DDD): | E-mail: |

**Dados da Empresa (para emissão de Nota Fiscal):**

|  |
| --- |
| Razão Social: |
| CNPJ: | Insc. Estadual: |
| Endereço: |
| CEP: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: |

**Dados da Instituição de Ensino (no caso de estudante):**

|  |
| --- |
| Instituição: |
| Curso: |

**Ao finalizar o preenchimento, envie a ficha de inscrição para o e-mail:** **treinamento@dcabr.org.br**

**Para mais informações, entre em contato pelo telefone: (12) 3911-8562.**