



FICHA CADASTRAL
SERVIDOR

DADOS PESSOAIS

NOME			
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> INTERSEX	NATURALIDADE	UF	DATA DE NASCIMENTO / /
ESTADO CIVIL		NACIONALIDADE	
NOME DO CÔNJUGE / COMPANHEIRO(A)			
NOME DO PAI			
NOME DA MÃE			
RAÇA/COR	COR DOS OLHOS	COR DOS CABELOS	
FORMA DE INGRESSO <input type="checkbox"/> CARGO EFETIVO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> SEM VÍNCULO <input type="checkbox"/> REDISTRIBUÍDO			
IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: <input type="checkbox"/> AGÊNERO <input type="checkbox"/> GÊNERO FLUIDO <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> TRANSGÊNERO <input type="checkbox"/> NDR - não declarado pelo respondente <input type="checkbox"/> CISGÊNERO <input type="checkbox"/> TRANSEXUAL <input type="checkbox"/> TRAVESTI <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO			

FORMAÇÃO ACADÊMICA

GRAU DE INSTRUÇÃO	CURSO DE GRADUAÇÃO	DATA DA CONCLUSÃO / /
MESTRADO/DOCTORADO/ESPECIALIZAÇÃO	DESCRIÇÃO	DATA DA CONCLUSÃO / /

DOCUMENTOS

RG Nº	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	DATA DA EXPEDIÇÃO / /
CPF Nº	PIS/PASEP		
TÍTULO DE ELEITOR Nº	ZONA	SEÇÃO	DATA DA EXPEDIÇÃO / /
MUNICÍPIO	UF	DATA DA ÚLTIMA VOTAÇÃO / /	
CERTIF. MILITAR	CATEGORIA	ÓRGÃO EXPEDIDOR	
UF	DATA DA EXPEDIÇÃO / /	REGIÃO MILITAR	

DADOS RESIDENCIAIS

ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE CELULAR	TELEFONE RESIDENCIAL	E-MAIL	

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO BANCO	AGÊNCIA Nº
NOME DA AGÊNCIA	CONTA Nº <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA

DEFICIÊNCIA

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?			
<input type="checkbox"/> FÍSICA/MOTORA	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> PSICOSSOCIAL	<input type="checkbox"/> OUTRAS DEFICIÊNCIAS
<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> INTELECTUAL	<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI

REGIME DE COTAS

FOI APROVADO EM REGIME DE COTAS?			
<input type="checkbox"/> COTA ÉTICO-RACIAL	<input type="checkbox"/> COTA PARA GÊNERO	<input type="checkbox"/> COTA PARA INDÍGENAS	
<input type="checkbox"/> COTA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	<input type="checkbox"/> COTA PARA OUTRAS AÇÕES AFIRMATIVAS	<input type="checkbox"/> NÃO	

Declaro estar ciente de que o Tribunal Regional Eleitoral de Alagoas (TRE/AL) utilizará meus dados pessoais para fins de registro no Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos (SGRH), destinados ao respectivo cadastro nos sistemas e ao armazenamento em seu banco de dados.

Maceió, ____/____/____

Ass. SERVIDOR