

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE COLABORADOR EVENTUAL¹

Nome			
CPF		RG	
Cargo/Profissão/Atividade			
Banco			
Agência			
Conta			
Email			
Endereço			
Bairro		CEP	
Cidade		UF	
Possui vínculo com a Administração Pública?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
É membro colaborador do CNMP?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Recebe auxílio-alimentação no órgão de origem?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso positivo no valor de R\$			

Em ____/____/____.

Assinatura do Colaborador Eventual

¹Até que sejam ultimados ajustes no Sistema de Gestão de Viagens, também deverão preencher este formulário os membros colaboradores e membros ocupantes de cargo em comissão no CNMP.