**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE CADASTRO – voluntários pessoa física**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | |
| IDADE | | | | | | | |
| SEXO ( )Feminino ( )Masculino | | | | | | | |
| RG | | | | | | | |
| CPF | | | | | | | |
| POSSUI HABILITAÇÃO PARA DIRIGIR? ( ) Sim ( )Não | | | | | | | |
| DATA NASCIMENTO | | | | | | | |
| NATURAL DE (Município e Estado) | | | | | | | |
| Nº DEPENDENTES | | | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | | | |
| N.º | | | | | | | |
| COMPLEMENTO | | | | | | | |
| MUNICÍPIO | | | | | | | |
| ESTADO | | | | | | | |
| TELEFONE RESIDENCIAL | ( ) | | | | | | |
| TELEFONE COMERCIAL | ( ) | | | | | | |
| CELULAR | ( ) | | | | | | |
| NOME PAI | | | | | | | |
| NOME MÃE | | | | | | | |
| ***SOMENTE PARA ESTRANGEIROS NATURALIZADOS*** | | | | | | | |
| PAÍS DE ORIGEM | | | | | | | |
| DATA DE CHEGADA | | | | | | | |
| REGISTRO DE ESTRANGEIRO N.º | | | | | | | |
| NATURALIZADO ( ) Sim ( )Não | | | | | | | |
| **SAÚDE E SEGURANÇA** | | | | | | | |
| TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH | | | | | | | |
| É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO? | | | ( ) Sim ( )Não | | | | |
| QUAIS? | | | | | | | |
| FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO | | ( ) Sim ( )Não | | | | | |
| QUAIS? | | | | | | | |
| POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA/MENTAL? | | | | | | ( ) Sim ( )Não | |
| QUAL? | | | | | | | |
| ESTÁ PASSANDO POR TRATAMENTO MÉDICO? | | | | | ( ) Sim ( )Não | | |
| QUAL? | | | | | | | |
| POSSUI CONVÊNIO MÉDICO/HOSPITALAR? | | | | ( ) Sim ( )Não | | | |
| QUAL? | | | | | | | |
| EM CASO DE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO, TEM ALGUM MÉDICO / HOSPITAL AO QUAL DEVA SER AVISADO / ENCAMINHADO? | | | | | | | ( ) Sim ( )Não |
| QUAL? | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAÚDE E SEGURANÇA** | | | | | | | | | |
| EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR: | | | | | | |  | | |
| RELAÇÃO COM O VOLUNTÁRIO | | | | | |  | | | |
| TELEFONE | | | | | | ( ) | | | |
| CELULAR | | | | | | ( ) | | | |
| RECADO (Nome contato e tel.) | | | | | | ( ) | | | |
| **ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | |
| NÍVEL FORMAÇÃO | | | | ( ) Ensino Fundamental  ( ) Ensino Médio  ( ) Ensino Superior  ( ) Pós-graduação | | | | | |
| ÁREA DE FORMAÇÃO | | | | | |  | | | |
| IDIOMAS | | | ( ) Lê ( )Escreve ( ) Fala | | | | | | |
| ( ) Lê ( )Escreve ( ) Fala | | | | | | |
| ( ) Lê ( )Escreve ( ) Fala | | | | | | |
| **ÁREAS DE INTERESSE** | | | | | | | | | |
|  | Manutenção de trilhas | | | | | | | | |
|  | Monitoria e educação ambiental | | | | | | | | |
|  | Apoio na sede administrativa | | | | | | | | |
|  | Prestação de informações e serviços de apoio aos visitantes | | | | | | | | |
|  | Recuperação de áreas degradadas | | | | | | | | |
|  | Busca e salvamento | | | | | | | | |
|  | Brigada contra incêndios | | | | | | | | |
|  | Pesquisas | | | | | | | | |
|  | Prestar suporte e apoio à comunidade do entorno das UCs | | | | | | | | |
|  | Auxiliar na implantação de projetos de manejo das UCs | | | | | | | | |
|  | Outros. Detalhar: | | | | | | | | |
| **HABILIDADES E EXPERIÊNCIA NAS ÁREAS DE INTERESSE** | | | | | | | | | |
| POSSUI ALGUM CURSO OU EXPERIÊNCIA NAS ÁREAS DE INTERESSE?  ( ) Sim ( )Não | | | | | | | | | |
| DESCREVA | | | | | | | | | |
| **UNIDADE DE CONSERVAÇÃO QUE TEM INTERESSE EM TRABALHAR** | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **DISPONIBILIDADE DE TEMPO** | | | | | | | | | |
| MESES | | ( ) Jan | | | ( ) Abr | | | ( ) Jul | ( ) Out |
| ( ) Fev | | | ( )Mar | | | ( ) Ago | ( ) Nov |
| ( ) Mar | | | ( ) Jun | | | ( ) Set | ( ) Dez |
| PERÍODO | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | | | | | | | |
| DIAS | | ( ) Seg | | | ( ) Qua | | | ( ) Sex | ( ) Dom |
| ( ) Ter | | | ( ) Qui | | | ( ) Sáb |  |
| O QUE O(A) LEVOU A SER VOLUNTÁRIO(A) EM UNIDADES DE CONSERVAÇÃO? | | | | | | | | | |
| RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS | | | | | | | | | |
| Local, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | | | | | |

ANEXO II

**FOTO**

FICHA DE INSCRIÇÃO DO VOLUNTÁRIO

**1 –** **Dados pessoais:**

Nome:

Idade: Estado Civil: Tem filhos? Quantos?

**2 –** **Endereço:**

Cidade: UF:

CEP: e-mail:

Telefone para contato:

**3 – Universidade:**

Curso: Período:

Horário em que estuda:

Período disponível de voluntariado:

**4 –** Você está trabalhando/estagiando atualmente? Descreva onde, área de atuação/atividades que realiza e mencione o horário de trabalho/estágio.

**5 –** Como soube do programa?

**6 –** Porque tem interesse em ser voluntário no Parque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**7 –** Conhece o parque que irá ser voluntário? Como e Quando? Já esteve em outros Parques? Quais?

**8 –** Conhece o Plano de Manejo do Parque que irá ser voluntário?

**9 –** Já participou de outro(s) programa(s) de voluntariado? Descreva área de atuação/atividades.

**10 –** Relacione outras atividades profissionais:

Entidade Atividade Período

**11 –** Tem conhecimentos de informática? Quais programas?

Observações:

**Data:**

**Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**