 *CORPORACIÓN EURO-AMERICANA DE SEGURIDAD*

CEAS - BRASIL

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

**CURSO:**

MODALIDADE: ( ) A distância ( ) Presencial ( ) Semipresencial Afiliado CEAS N$º $

**Dados de identificação
1-Nome:**  Sexo F ( ) M ( )

Data Nascimento: RG: Órgão expedidor

Estado civil: CPF:
Endereço: Complemento

Bairro: Cidade: .UF CEP:
Tel. Residencial: Cel. Tel. Contato:

Nacionalidade: Naturalidade:

E-mail:. Skype

**Nível de Escolaridade**

( ) Grau Médio Superior: ( ) completo ( ) incompleto

Pós Graduado com: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Em qual área:

**2. Dados funcional**

Empresa:

Cargo/função:

Endereço:

Bairro: N° CEP

Cidade: UF: Tel

**3. Forma de pagamento**

( ) Depósito/Transferência bancária ( ) Cartão de Crédito ( ) Boleto Bancário

 Recibo em nome de (informar nome completo CPF ou CNPJ)

 ...........................................................................................................................................

**Data: / /**

Indicado por:

**Preencher, enviar pelo e-mail** **contato@ceasbrasil.com.br** **juntamente com o comprovante de pagamento.**

 **Assim que as informações forem registradas nós entraremos em contato confirmando sua inscrição!**

**Agência para depósito ou transferência bancária:**

**Banco Santander – Agência 0307 – Conta Corrente: 13001985-9 em nome de CEAS-CURSOS PROFISSIONALIZANTES LTDA-ME – CNPJ: 04.413.313/0001-22**