**SOLICITAÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO**

|  |
| --- |
|  **DADOS PESSOAIS** |
| Nome completo:  |
| Afiliado CEAS N$º$: CPF: |
| Empresa Atual: Cargo:   |
| Data de nascimento:  | ID: | Órgão Emissor:  |
| **ENDEREÇO** |
| Logradouro:  |
| Bairro:  | N°:  | Apt: |
| Cidade:  | UF: | País:  | CEP:  |
| **CONTATO** |
| Telefone casa:  | Celular:  |
| Email: Data da Certificação:  |
| **AREA DE ATUAÇÃO** |
| ( ) Profissional da área de Segurança Privada( ) Profissional da área de Segurança Pública  |
|  |  |
|  |
| **Anexar curriculum vitae atualizado e completo.** **Ficha sem currículo anexado serão descartadas.****Cópia do documento de identificação e uma foto.** | **CERTIFICAÇÃO:****( ) CPSI ( ) CIGR ( ) CIEIE ( ) CIEAC ( ) CIPSI****( ) CEGRC ( ) CIEAI ( ) CIPP** |
|  |
| CUSTO RECERTIFICAÇÃO**Membro CEAS: R$ 560,00****Não Membro CEAS: 750,00** | **Se cumprir com os requisitos (total de pontos), receberá seu certificado válido por mais três anos.****Envie a ficha de recertificação juntamente com a documentação requerida e o comprovante de pagamento a CEAS-BRASIL:** **contato@ceasbrasil.com.br****Data:**   |