**SOLICITAÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | |
| Nome completo: | | | | | | |
| Afiliado CEAS N: 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**](mailto:contato@ceasbrasil.com.br)  **Data:** | |