



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE INSCRIÇÃO

Prezado aluno,

Esta ficha de inscrição é também um questionário tem por objetivo traçar o perfil dos alunos do Curso Cuidador de Idosos.

As informações prestadas são de caráter confidencial, servindo, tão somente para conhecermos melhor cada pessoa inscrita em nosso curso. As informações registradas nesse questionário são de fundamental importância para o Grupo Técnico Saúde do Idoso da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (GT Saúde do Idoso/SESA), e irão completar o estudo do perfil de nossa clientela.

Pedimos que preencha todos os campos do questionário com responsabilidade, atenção e clareza.

Agradecemos a sua colaboração e atenção.

1. Dados Pessoais:

Nome: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Data de nascimento: ____/____/____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____, N°. _____,
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ - _____
Fone fixo: _____ Celular: _____
Email: _____

2. Escolaridade:

Ensino Fundamental:	Ensino Médio:	Ensino Superior:
() Completo	() Completo	() incompleto
	() Cursando o 3º Ano	() cursando
	() Cursando a 2ª Fase da EJA	() completo

3. Tipo de escola em que estudou ou estuda:

() Pública () Privada/Bolsista () Privada

4. Possui alguma necessidade especial?

() Não
() Sim – Qual? () auditiva () visual () motora () mental () outra: _____

5. Estado Civil:

() solteiro (a) () casado (a) () outros

6. Você tem filhos?

() Não () Sim – Quantos? _____

7. Quantas pessoas, inclusive você, vivem da renda mensal do seu grupo familiar? (Não incluir empregados domésticos)

7.1.() Uma 7.2.() Duas 7.3.() Três 7.4.() Quatro 7.5.() Cinco
7.6.() Seis 7.7.() Sete 7.8.() Oito 7.9.() Nove 7.10.() Dez ou mais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

8. Qual é a renda total aproximada do seu grupo familiar?
R\$ _____

9. Você possui algum curso técnico?

não sim - qual?: _____

10. Está fazendo algum curso no momento?

não sim - qual?: _____

11. Você já fez algum Curso da SESA?

Não Sim - quais? _____

12. Informou-se a respeito do Curso para o qual se inscreveu, sobre critérios para acesso, objetivo do curso, perfil profissional, matriz curricular etc?

sim não

13. Você já fez algum outro curso de capacitação na área do envelhecimento, saúde do idoso, geriatria e gerontologia?

não sim - Qual curso? Onde? Quando? _____

14. Vínculo profissional atual:

- não estou trabalhando no momento (pule para a questão _____)
 estou trabalhando em uma atividade que não é relacionada à área de saúde
 trabalho na área de saúde, em instituição pública
 trabalho na área de saúde, em instituição privada

15. Diga a sua função e onde está trabalhando no momento:

16. Você possui alguma experiência em trabalhos na área de saúde ?

- não
 sim, no meu trabalho atual
 sim, em trabalhos anteriores – especifique: _____

17. Você possui alguma experiência no trabalho com idosos?

- não
 sim, no meu trabalho atual
 sim, em trabalhos anteriores. Especifique: _____

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras e autorizo a Coordenação do Curso a utilizá-las em qualquer época, no amparo de seus direitos.
Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno