|  |
| --- |
| **Nome completo** |
|  |
| **Data de Nascimento** |  | **Naturalidade** |  | **CPF** |  |  |
|  **/ /**  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Sexo**  | [ ] Masculino | [ ] Feminino | [ ] Intersex | [ ] Prefiro não informar |  |
| **Identidade de gênero** (vide legenda) |  |  |
| [ ] 1.Cisgênero | [ ] 2.Transgênero | [ ] 3.Transexual | [ ] 4.Travesti | Foto 3x4 |
| [ ] 5.Gênero fluído | [ ] 6.Agênero | [ ] 7. Outra | [ ] 8.Prefiro não informar |  |
| **1**. Pessoas que se identificam com o sexo biológico com o qual nasceram; **2**. Pessoas cuja identidade de gênero difere, em diferentes graus, do sexo biológico atribuído ao nascer; **3**. Pessoas que se identificam com um gênero diferente do sexo biológico com o qual nasceram e que procuram se adequar à sua identidade de gênero, podendo se submeter a tratamentos hormonais ou cirúrgicos; **4**. Pessoas que buscam se expressar através de elementos associados ao sexo oposto - ex: nomes, corte de cabelo, roupas, acessórios, expressões corporais e etc; **5**. Pessoas que não se identificam com um único papel ou identidade de gênero; **6**. Ausência de identidade de gênero; |  |
|  |  |  |
| **Raça/ Cor**  |  |  |
| [ ] 1. Amarelo(a) | [ ] 2. Branco(a) | [ ] 3. Indígena |  |
| [ ] 4. Negro(a) – Pardo (a) | [ ] 5. Negro(a) – Preto(a) | [ ] Prefiro não informar |  |
| **Pessoa com deficiência - PcD** |  |  |  |  |
| [ ] 1. Física/motora | [ ] 2. Auditiva | [ ] 3. Visual | [ ] 4. Intelectual | [ ] 5. Psicossocial |  |
| [ ] 6. Mental | [ ] 7. Outras deficiências | [ ] 8. Não possui | [ ] 9. Prefiro não informar |  |
| **Endereço (Logradoro, nº/ complemento)** |
|  |
| **Cidade** |  | **CEP** |  |
|  |  |  |
| **Telefone** |  |  |
|  |  |  |
| **Escolaridade** |
| [ ] Ensino Médio |  |
| [ ] Ensino Superior | Área de formação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ] Completo | [ ] Em curso – Período:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Possui parente trabalhando no PJERJ** | [ ] Não | [ ]  Sim |
|  |
|  | **Em caso positivo:** | [ ]  Servidor – Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Prestador de Serviço – Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Nome Completo do Parente** |
|  |
| **Grau de Parentesco** |  | **Lotação do Parente** |
|  |  |  |
|  |
| **Atesto a veracidade das informações acima.** |
| **Assinatura do Declarante (Prestador de Serviço):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **\*Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Caso contrário, o cadastro não poderá ser concluído no sistema.** |