**INSTITUTO NACIONAL DE**

**COMBATE A POBREZA**

**CNPJ: 28.902.984/0001-15**

**Senador Pompeu CE**

# FICHA CADASTRAL DO PROFISSIONAL VOLUNTÁRIO

# INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | **DATA:** |
| **RG:** | **CPF:** | | **Data de Nascimento:** | |
| **PROFISSÃO:** | | **ESCOLARIDADE:** | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | |
| **CIDADE:** | **ESTADO:** | | **CEP:** | |
| **E-MAIL:** | | | | |
| **TELEFONE:** | | **CELULAR:** | | |
| **EMPRESA ONDE TRABALHA:** | | | | |
| **ÁREAS DE INTERESSE**: | | | | |
| **HORÁRIOS DISPONÍVEIS:** | | | | |
| **DIAS DA SEMANA:** | | | | |
| ***Já trabalhou como Voluntário alguma vez?***  ***Se SIM, em que área*:** | | | | |
| **OBS:** | | | | |

**CONDIÇÕES GERAIS**

* O trabalho voluntário a ser desempenhado junto ao INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA,na cidade de Senador Pompeu ,Estado do Ceará, de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, transcrita no verso, é atividade espontânea, não remunerada, e não gera vínculo empregatício, nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.
* Compete ao Voluntário participar das atividades e cumprir com empenho, comprometimento e interesse a função estabelecida.
* Será de inteira responsabilidade do voluntário qualquer dano ou prejuízo que vier a causar ao INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA.
* O Voluntário isenta O INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA de qualquer responsabilidade referente a acidentes pessoais ou materiais, que por ventura, venham a ocorrer no desempenho de suas atividades.
* O desligamento do Voluntário das atividades DO INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA poderá ocorrer a qualquer momento, bastando apenas o desejo expresso de uma das partes.
* As despesas decorrentes de sua atividade voluntária serão ressarcidas desde que autorizadas antecipadamente pelo INSTITUTO NACIONAL DE COMBATE A POBREZA.
* O presente Termo de Adesão estará em vigor até o final do presente ano, quando deverá ser renovado, caso seja de interesse de ambas as partes.
* Declaro estar ciente da Legislação específica, normas e procedimentos da organização social e que aceito atuar como voluntário conforme este Termo de Adesão.

Data:

De acordo:

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Coordenador de Voluntários da Organização

**JOÃO PAULO GONÇALVES DE BRITO**

**ASSISTENTE SOCIAL CRESS 11.963**