

ANEXO I

**PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PARA CUIDADOS E
REABILITAÇÃO INTENSIVA DE ANIMAIS SILVESTRES - CRIA
FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE VOLUNTÁRIO**

NOME SOCIAL:

IDADE: RG nº: CPF nº:

DATA DE NASCIMENTO: / /

LOCAL DE NASCIMENTO:

CIDADE: UF:

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Nº

COMPLEMENTO (BLOCO, APTO):

BAIRRO: CEP:

MUNICÍPIO: UF:

TELEFONE(S) ()

E-MAIL:

CASO ESTEJA REPRESENTANDO PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

ENDEREÇO: Nº

COMPLEMENTO (BLOCO, APTO):

BAIRRO: CEP:

MUNICÍPIO: UF:

TELEFONE(S): ()

E-MAIL:

DADOS DO LOCAL DE ACOLHIMENTO DOS ANIMAIS

O ENDEREÇO NO QUAL IRÁ REALIZAR OS CUIDADOS COM OS ANIMAIS SILVESTRES:

MESMO INFORMADO COM ENDEREÇO RESIDENCIAL ()

OUTRO ()

EM CASO DE OUTRO, ESPECIFICAR:

TIPO DE RESIDÊNCIA: CASA () APARTAMENTO () CASA EM

CONDOMÍNIO FECHADO () OUTRO () ESPECIFICAR EM

CASO DE OUTRO:

POSSUI ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO: SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAIS E QUANTOS:

NO CASO DE POSSUIR ANIMAL DE ESTIMAÇÃO, ESCREVER JUSTIFICATIVA EXPLICANDO COMO O ANIMAL NÃO OFERECERÁ RISCOS AO ANIMAL QUE SERÁ RECEBIDO.

JUSTIFICATIVA DE NÃO AMEAÇA POR PARTE DOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO:

ANEXAR IMAGENS DO LOCAL ESPECÍFICO

(CÔMODO/INSTALAÇÕES) ONDE SERÃO REALIZADOS OS CUIDADOS COM O ANIMAL A SER RECEBIDO

SOMENTE PARA ESTRANGEIROS / NATURALIZADOS

PAÍS DE ORIGEM:

DATA DE CHEGADA:

REGISTRO DE ESTRANGEIRO Nº:

NATURALIZADO SIM () NÃO ()

INFORMAÇÕES DE ESCOLARIDADE

1º GRAU: COMPLETO () INCOMPLETO ()

2º GRAU: COMPLETO () INCOMPLETO ()

3º GRAU: COMPLETO () INCOMPLETO () EM ANDAMENTO ()

NOME DO CURSO:

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:

ÁREA DE ESTUDO:

TÍTULO:

ENTIDADE:

ESTADO / PAÍS:

CURSOS COMPLEMENTARES

CURSO

ANO DE CONCLUSÃO: CARGA HORÁRIA:

ENTIDADE:

CURSO:

ANO DE CONCLUSÃO: CARGA HORÁRIA:

ENTIDADE:

CURSO:

ANO DE CONCLUSÃO: CARGA HORÁRIA:

ENTIDADE:

DISPONIBILIDADE

MESES COM DISPONIBILIDADE:

SEMANAS SEM DISPONIBILIDADE:

**O QUE O(A) LEVOU A SER VOLUNTÁRIO(A) DO PROGRAMA CRIA?
COMO FICOU SABENDO DO PROGRAMA CRIA?**

ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO E/OU

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO (OBTIDA EM UNIDADES DE SAÚDE)

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Local, em,

Assinatura

Lembramos que as informações fornecidas ao Instituto Água e Terra serão para uso interno, não sendo divulgadas de qualquer forma.