

**FICHA DE VERIFICAÇÃO FÍSICA**

Projeto de Combate ao Trabalho Infantil – SRT/

O preenchimento desta ficha é fundamental para os encaminhamentos das crianças e adolescentes à Rede de Proteção.

**DADOS DA AÇÃO FISCAL**

Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 AFT: \_\_\_\_\_ QF: \_\_\_\_\_

**DADOS DO TRABALHADOR INFANTIL**

Nome: \_\_\_\_\_ Apelido: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Responsável Legal: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Participa de Programa de Transferência de Renda:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_  
 Escola em que estuda: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
 Nome do(a) Professor(a): \_\_\_\_\_ Série/Ano: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO**

Empregador/Equiparado: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_  
 Endereço do Empregador/Equiparado: \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Jornada de Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Remuneração: \_\_\_\_\_ Periodicidade do Pagamento: \_\_\_\_\_  
 Atividade Econômica/CNAE: \_\_\_\_\_ Tipo de Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Atividade da "Lista TIP":  Sim  Não Itens da Lista TIP: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**