|  |
| --- |
| **TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. CASO CONTRÁRIO, O CADASTRO NÃO PODERÁ SER CONCLUÍDO NO SISTEMA** |
| **Nome completo:** |
| **Data de Nascimento:**  | **CPF:** | **Naturalidade (Estado/ UF):** |
|  |
| **Sexo** |  |  |
| [ ] Masculino | [ ] Feminino | [ ] Intersex | [ ] Prefiro não informar |  |  |
| **Identidade de gênero** (vide legenda) |  | FOTO |
| [ ] 1.Cisgênero | [ ] 2.Transgênero | [ ] 3.Transexual | [ ] 4.Travesti |  | 3 X 4 |
| [ ] 5.Gênero fluído | [ ] 6.Agênero | [ ] 7. Outra | [ ]  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** |
| [ ]  **Não possui** | **Em caso positivo, informar o tipo:** |
| [ ] 1. Física/motora | [ ] 2. Auditiva | [ ] 3. Visual | [ ] 4. Intelectual | [ ] 5. Psicossocial | [ ] 6. Mental |
| [ ] 7. Outras deficiências | [ ]  Prefiro não informar |
|  |
| **Endereço/ Telefone** |
| **(Logradouro, nº/ complemento):** |
| **Cidade:** | **CEP:** |
| **Telefone:** |
|  |  |  |
| **Grau de Escolaridade** |
| [ ] Ensino Fundamental | [ ] Completo | [ ] Incompleto | Série: |
| [ ] Ensino Médio |
| [ ] Ensino Superior | [ ] Completo | Área de formação: | [ ] 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:** |
|  |
| **Atesto a veracidade das informações acima.** |
| **Assinatura do Declarante (Prestador de Serviço):** |
|  |