



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Coordenadoria Judiciária de Articulação
das Varas da Infância e Juventude e Idoso

PROGRAMA DE APADRINHAMENTO

Apadrinhar: amar e agir para realizar sonhos

FICHA DE PADRINHO COLABORADOR

NOME:

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

NOME:

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONES:

EMAILS:

DESEJA(M) SER PADRINHOS(S) / MADRINHAS(S) COLABORADOR(ES) DA(S) CRIANÇA/ADOLESCENTE(S), PELO PERÍODO:

DE 06 MESES DE 12 MESES INDETERMINADO]

DESEJA(M) PRESTAR SERVIÇO GRATUITO COMO:

O SERVIÇO OU ATIVIDADE QUE PRETENDE PRESTAR TERÁ CARGA HORÁRIA DE:

_____ HORA(S) SEMANA(L)(IS). _____ DIA(S) SEMANA(L)(IS). _____ DIA(S) MENSA(L)(IS).

QUANDO FOR NECESSÁRIO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO. OUTROS _____

NOS SEGUINTE(S) DIA(S) DA SEMANA E HORÁRIO(S): _____

RIO DE JANEIRO, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

ASSINATURA