



MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM
RUA DR. FERNANDO AUGUSTO, 609 BAIRRO SANTO AMARO
FORTALEZA – CE CEP: 60.540-260 FONE: (85) 3497-0892
FAX: 3245.81.55 CNPJ: 03.918.813/0001-53
EMAIL: movimento@secrel.com.br
SITE: www.msmbj.org.br

INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO DO CURSO DE MASSOTERAPIA

I. Para conhecer você:

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____ DN: ____/____/____
Filiação: _____

Endereço: _____
E_mail: _____ Grau de Instrução: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Celular: _____

II. A que área pertence:
Educação () Saúde () Social () Liderança Comunitária () Outros ()

III. Dados da Instituição a que pertence:

Instituição a que pertence: _____
Endereço da Instituição: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
Clientela da Instituição: _____

IV. Como soube do Curso:

V. Em que setor de atividade você trabalha atualmente?

VI. Qual é o motivo que o (a) levou a escolher o curso de massoterapia?

VII. Fale sobre os planos que você tem para seu futuro com a massoterapia.

VIII. Como você pretende oferecer os seus serviços com a formação em massoterapia?

IX. Você tem ou já teve alguma experiência profissional relacionada a humanas ou ao social? Conte.

X. Se você tivesse que oferecer o seu serviço como massoterapeuta em uma comunidade muito carente ou com pessoas portadora de alguma necessidade especial ou transtorno, como você atenderia essas pessoas? Explique por que.

XI. O que você espera com a conclusão do curso de massoterapia?

XII. Qual seu tempo disponível para prática de massoterapia antes e após a finalização do curso?

XIII. Em que o curso de massoterapia vai ajudar na sua vida profissional?

Data da Entrevista: ____/____/____

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.