

FORMULÁRIO PESSOAL

FOTO

1 - Dados Gerais

Nome completo: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ Celular: () _____
Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____ Sexo: [] Feminino [] Masculino
Estado Civil: Solteiro(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) []
Se casado(a), nome completo do cônjuge: _____
Tem filhos? [] Sim [] Não - Quantos? _____ Idades: _____
Filiação: _____ e _____
Número de identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
E-mail: _____

2 - Dados Igreja Local e pastor

Congrega em alguma igreja? [] Sim [] Não
Casosim, qual e quanto tempo? _____
Endereço da Igreja: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone da Igreja: _____
Tempo de Conversão: _____ Nome do Pastor: _____
Telefones de contato do pastor: () _____ Celular: () _____
E-mail Pastor: _____
E-mail Igreja: _____
Sua igreja e pastor apoiam seu ingresso nesta Escola? [] Sim [] Não
Que tipo de compromisso você tem com sua liderança quando terminar a ETED?
[] Voltar e trabalhar com a Igreja
[] Está livre para decidir
[] Conversação após o término da ETED
Explique: _____

3 - Dados ministeriais

Atua em algum ministério na igreja? [] Sim [] Não
Especifique: _____
Quais Atividades gosta de desenvolver ou se identifica?

Cite algumas de suas habilidades que considera mais fortes:

ENDEREÇO FÍSICO

Rua Sagrada Família, SN - Flexal II
CEP: 29.155-607
Cariacica/ES

Telefone: 27 3216-5033
www.jocumvitoria.org

ENDEREÇO POSTAL

Caixa Postal 010-100, Centro
CEP: 29.001-970
Vitória/ES

4 - Dados educacionais

Grau de escolaridade:

Ensino fundamental

Ensino médio

Nível superior Completo Incompleto Curso: _____

Curso técnico: Qual? _____

5 - Missões

Você identifica Chamado missionário em sua Vida? Sim Não

Por favor, escreva sobre isso: _____

Já participou de algum treinamento específico nessa área? Sim Não

Qual? Onde? E quando? _____

Por que você deseja ingressar nesta Escola?

6- Finanças

Já teve alguma experiência profissional? Sim Não

Qual e por quanto tempo? _____

Qual sua ocupação atualmente? _____

Tem alguma dívida? Sim Não

Caso sim, como você pretende pagá-las?

Como você pretende pagar o curso? _____

Você já possui algum valor para as despesas com a escola?

Sim Não - Quanto? R\$ _____

Sua igreja, amigos e/ou outros têm se comprometido a contribuir? Sim Não

Quanto? R\$ _____

Como vocês se avaliam com seus compromissos financeiros? (Marque quantas achar necessário)

Responsável, em dia

Precisa melhorar

Irresponsável, esquecido

Independente

Dependente de quem? _____

ENDEREÇO FÍSICO

Rua Sagrada Família, SN – Flexal II
CEP: 29.155-607
Cariacica/ES

Telefone: 27 3216-5033
www.jocumvitoria.org

ENDEREÇO POSTAL

Caixa Postal 010-100, Centro
CEP: 29.001-970
Vitória/ES

7 - Avaliação pessoal

Avalie seu conceito pessoal sobre cada área descrita abaixo nos termos de:

| | Excelente | Ótimo | Bom | Médio | Ruim |
|---------------------------------|-----------|-------|-----|-------|------|
| Habilidade para ensinar: | | | | | |
| Prontidão para ouvir: | | | | | |
| Intensidade de busca ao Senhor: | | | | | |
| Paciência/Tolerância: | | | | | |
| Saúde física: | | | | | |
| Liderança: | | | | | |
| Atitude sob pressão: | | | | | |
| Trabalhar em grupo: | | | | | |
| Habilidade para testemunhar: | | | | | |
| Prontidão para obedecer: | | | | | |
| Maturidade: | | | | | |
| Organização: | | | | | |
| Saúde emocional: | | | | | |
| Disposição de servir: | | | | | |
| Trato com compromissos: | | | | | |

8 - Saúde

Você conseguiria andar 10 Km se tivesse que fazê-lo? [] Sim [] Não

Explique por favor: _____

É capaz de trabalhar normalmente fazendo esforço físico? [] Sim [] Não

Explique por favor: _____

Atualmente está em boa condição de saúde? [] Sim [] Não

Explique por favor: _____

Liste todo tipo de enfermidade e intervenções cirúrgicas que você já sofreu no passado (isto significa qualquer enfermidade que requereu internação, ou tratamento que durou por mais de um mês e se estas doenças deixaram alguma sequela).

| Enfermidade | Período | Resultado |
|-------------|---------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Liste qualquer enfermidade considerada séria na sua família:

| Enfermidade | Membro da família | Grau de parentesco |
|-------------|-------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Está sob algum tratamento médico no momento? [] Sim [] Não

Explique: _____

Já tomou ou toma algum remédio controlado? [] Sim [] Não

Explique: _____

Peso: _____ Altura: _____

Por favor nos relate caso existe alguma outra informação que você considera ser relevante para avaliarmos seu formulário no quesito saúde.

Somente para mulheres:

Teve ou tem algum problema menstrual ou de gravidez? [] Sim [] Não

Por favor, explique: _____

Em caso de emergência, com quem podemos entrar em contato?

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefones: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefones: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefones: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefones: _____

E-mail: _____

9- Outros

Diante do compromisso que você está fazendo neste formulário, há algumas informações que são úteis para nós. Pedimos que seja sincero e deixamos claro que as informações serão de extremo sigilo. Já esteve preso por algum motivo? [] Sim [] Não

Especifique: _____

Já teve experiências com drogas? [] Sim [] Não

Caso tenha tido comportamento de vício, como e por quanto tempo foi tratado? _____

Escreva o nome e o telefone da pessoa que o ajudou em sua recuperação:

Nome: _____

Telefone: _____

Você nos autoriza a obter informações com essa pessoa e com seu pastor sobre esta situação?

[] Sim [] Não

Depois de sua conversão já houve algum envolvimento físico ilícito ou com drogas?

[] Sim [] Não

Explique como aconteceu e como foi resolvido:

No momento, responde algum processo ou inquérito policial? [] Sim [] Não

Qual o motivo? _____

Teve envolvimento com pedofilia? [] Sim [] Não

Descreva: _____

Em folha anexa responda as seguintes informações de forma legível:

1. Descreva sua experiência de conversão:
2. Onde e quando se converteu?
3. O que o levou a essa experiência de conversão?
4. Fale um pouco sobre sua vida antes de converter-se? Como é sua família?
5. Faça uma lista em ordem cronológica de todas as igrejas que você participou desde que começou sua caminhada com Cristo - Ex: Data: ___/___/___ Igreja: _____ Pastor: _____
6. Qual é sua experiência ministerial, que trabalhos já desenvolveu?
7. Quais livros e revistas cristãs tem tido maior influência sobre sua vida?
8. Qual o seu gosto literário?
9. Está comprometido (a), noivo (a)? Há quanto tempo? Participaria do treinamento mesmo que seu companheiro não fosse aceito?

ENDEREÇO FÍSICO

Rua Sagrada Família, SN – Flexal II
CEP: 29.155-607
Cariacica/ES

Telefone: 27 3216-5033
www.jocumvitoria.org

ENDEREÇO POSTAL

Caixa Postal 010-100, Centro
CEP: 29.001-970
Vitória/ES

12. Anote suas habilidades e talentos. Ex: música, mecânica, comunicação, primeiros socorros, fluência em outros idiomas, etc.
13. Como você foi informado acerca de JOCUM? E especificadamente sobre a ETED?
14. Já teve alguma experiência de vida em comunidade? Descreva-a:
15. Em que você acredita que a ETED pode acrescentar em sua vida, chamado e carreira?
16. Qual a posição de seus familiares em relação a você se ausentar para fazer a ETED?
17. Anote qualquer outra informação acerca de você que julgue importante para nós como agência missionária.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, confirmo que toda informação acima é verdadeira e não omiti nada a respeito de meu estado de saúde física e mental, passado e presente.

Assinatura

Local e data

10 – Termo de responsabilidade e norma de conduta

10.1 Pelo presente, eu (nós) livro (amos) "JOVENS COM UMA MISSÃO", seus dirigentes, empregados e assistentes voluntários, de qualquer responsabilidade perante a Lei como resultado de injúria ou dano que seja **causado pelo solicitante** durante o transcurso de sua permanência com JOVENS COM UMA MISSÃO

Assinatura do solicitante: _____

Data: ____/____/____

OBS.: Se você tiver mais de 21 anos de idade, esse documento deve ser assinado por você mesmo, caso tenha menos, o documento deve ser assinado por seus pais ou responsáveis.

Assinatura do pai ou responsável:

Assinatura da mãe:

10.2 Consentimento para tratamento

Por meio deste eu (nós) concordo (amos) com a execução de tratamento anestésico ou de operações quando, na opinião do médico responsável, julgar-se necessário.

Assinatura do solicitante: _____

Data: ____/____/____

OBS.: Em caso de ter menos de 21 anos, ver observação anterior.

Assinatura do pai ou responsável:

Assinatura da mãe:

ENDEREÇO FÍSICO

Rua Sagrada Família, SN – Flexal II
CEP: 29.155-607
Cariacica/ES

Telefone: 27 3216-5033
www.jocumvitoria.org

ENDEREÇO POSTAL

Caixa Postal 010-100, Centro
CEP: 29.001-970
Vitória/ES

10.3 Autorização (para menores de 21 anos)

Autorizamos nosso (a) filho (a) a participar dos programas de JOVENS COM UMA MISSÃO, e o (a) liberamos

para estar completamente a disposição da MISSÃO durante o período de permanecer na mesma, podendo

viajar em equipes e cumprir o que for designado.

Assinatura do pai ou responsável:

Assinatura da mãe:

10.4 Sou plenamente consciente das minhas obrigações financeiras com o Senhor e com JOCUM. Eu concordo em ser responsável pelos custos da escola de livre escolha, comprometendo-me a ter meu dízimo e minha despesa com a ETED como prioridades no meu orçamento. Em caso de desistência ou exclusão da Escola, estou ciente que JOCUM não fará nenhuma devolução do dinheiro já investido. Eu não responsabilizo JOCUM por nenhum dano material ou físico que possa, eventualmente, acontecer comigo durante o período em que estiver na Missão. Caso eu tenha qualquer tipo de doença infecto-contagiosa sou responsável por apresentar atestado médico de imunidade e estou ciente de que, se houver retorno da enfermidade, serei desligado da instituição. Eu concordo em me submeter aos padrões e programas da Escola, assim como aos horários e à minha liderança, desde que essa esteja de acordo com a palavra de Deus.

Assinatura: _____

Local/data: _____, _____ de _____ 20____.

OBS: Seu formulário só será considerado se todas as informações solicitadas forem respondidas. Após preencher este formulário é necessário enviá-lo o mais breve possível com uma foto recente 3X4 e formulário. E assim que tiver o formulário médico preenchido, por favor nos envie também. Dependendo diretamente de Deus, consulte-o e temos certeza de que Ele lhe auxiliará e mostrará Sua suprema vontade para sua vida.

Que o amor, a paz e a comunhão de nosso Senhor o acompanhem em todos os seus caminhos. Deus o abençoe!

Lembramos que os formulários podem ser enviados por e-mail ou através do nosso endereço postal.

ENDEREÇO FÍSICO

Rua Sagrada Família, SN – Flexal II
CEP: 29.155-607
Cariacica/ES

Telefone: 27 3216-5033
www.jocumvitoria.org

ENDEREÇO POSTAL

Caixa Postal 010-100, Centro
CEP: 29.001-970
Vitória/ES