



FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE VAGAS AGÊNCIA DO TRABALHADOR DE IBIPORÃ



Identificação do empregador que oferece a vaga (os campos abaixo são preenchíveis)

*Número de identificação (CNPJ/CEI/CPF):

*Nome Fantasia:

*Razão Social:

*Endereço:

* Número:

*Bairro:

* Cidade:

*CEP:

Complemento:

*Telefones:

e-mail:

*Responsável pela empresa:

*Pessoa de contato para entrevista:

Dados da vaga

*Tipo de contratação:

Permanente Estágio Menor Aprendiz Temporário (Informar quantidade de dias):

*A contratação ocorrerá para outro CNPJ/CEI? SIM NÃO

Identificação - CNPJ/CEI:

Nome Fantasia:

* Ocupação : (TÍTULO DA VAGA, EX: AUXILIAR DE PRODUÇÃO).

* Descrição detalhada das atribuições do funcionário: (o que o trabalhador vai fazer e como vai fazer):

* Experiência necessária em meses (máximo 6 meses)

* Experiência profissional é um requisito imprescindível: SIM NÃO

* Necessário comprovação em Carteira de Trabalho: SIM NÃO

* Comprovação em Carteira de Trabalho é um requisito imprescindível: SIM NÃO

* Escolaridade:

* Escolaridade é um requisito imprescindível: SIM NÃO

* Caso necessário curso de idioma, técnico, superior ou pós-graduação, informar qual o curso:

* Habilitação que o trabalhador deve possuir - Categoria da CNH:

* Aceita trabalhadores com deficiência: SIM NÃO 

* Tipos de deficiência

- Física**
- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amputação | <input type="checkbox"/> Cadeirante | <input type="checkbox"/> Membros Inferiores | <input type="checkbox"/> Membros Superiores |
| <input type="checkbox"/> Nanismo | <input type="checkbox"/> Ostomia | <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral | <input type="checkbox"/> Parcial |
| <input type="checkbox"/> Um membro Inferior | <input type="checkbox"/> Um membro superior | | |

- Auditiva**
- Surdez bilateral parcial Surdez bilateral total

- Visual**
- Baixa Visão Cegueira

- Mental/Intelectual**
- Mental / Intelectual

* A vaga é exclusiva para trabalhadores com deficiência? SIM NÃO

Observações da deficiência:

* **Justificativa caso a empresa não aceite pessoas com deficiência para esta função:**

* Disponibilidade para realizar viagens: SIM NÃO

* Disponibilidade para ausentar-se do domicílio por longo período: SIM NÃO

* Disponibilidade para dormir no local de trabalho: SIM NÃO

* Salário oferecido (Valor obrigatório):

Incentivos

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alojamento | <input type="checkbox"/> Cesta básica | <input type="checkbox"/> Planos de cargos e salários |
| <input type="checkbox"/> Assistência médica | <input type="checkbox"/> Condução/Vale-Transporte | <input type="checkbox"/> Seguro de vida |
| <input type="checkbox"/> Assistência odontológica | <input type="checkbox"/> Participação nos lucros | <input type="checkbox"/> Ticket alimentação |
| <input type="checkbox"/> Auxílio creche | | |

Caso existam outro(s) incentivo(s) que não constam na lista acima, informe-o(s) no campo abaixo:

***Dados da entrevista**

Local da Entrevista:

Agência do Trabalhador de Ibiporã Mesmo local da empresa

Outro:

*** Local de trabalho:**

Mesmo da empresa

Outro:

Jornada de trabalho detalhada: (ex: segunda a sexta das 08:00 às 18:00 e aos sábados das 08:00 às 12:00):

* Contato para entrevista:

* Quantidade de vagas: Reposição Aumento de quadro

* Data e horário da entrevista:

* Ligar para agendar entrevista: Sim Não Sim, informar telefone:

* Data prevista para retorno dos encaminhamentos:

Importante:

* Todas as informações são de preenchimento obrigatório;

* As cartas de encaminhamento dos candidatos deverão ser recolhidas no momento da entrevista para posterior retorno à Agência do Trabalhador, com o resultado de seleção, assinatura e carimbo;

* A devolução das cartas de encaminhamento é muito importante, pois é a única forma de mensurar o trabalho prestado pela Agência do Trabalhador.