



**FORMULÁRIO PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO EM
ATIVIDADES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**
(Conforme previsto em Lei Municipal nº 2.211 de 17/11/2009 Art.19 inciso IV)

Nome: _____

Formação: _____

Profissão atual: _____

Tomador do serviço (nome da pessoa física ou jurídica)	Atividades desenvolvidas	Período (data de início e de término)	Contato do tomador do serviço (endereço, telefone e nome completo do chefe imediato)

Angra dos Reis, ____ de _____ de 2023

Assinatura do Candidato