COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA	**REQUERIMENTO** PARA INSCRIÇÃO

1) DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO CANDIDATO PROJETO SOLDADO CIDADÃO	
Nome Completo:	Tel/Cel:
Curso:	CPF:
Local :	
Carga Horaria:	
Dias da semana:	
Período total:	DATA : Assinatura e carimbo:

2) PARECER A SER PREENCHIDO PELO CHEFE	
FAVORÁVEL ☐	**DESFAVORÁVEL** ☐
Data:	Assinatura e carimbo: