

# Livro de Registro dos Funcionários dos Moradores

autor: Dr. Jorge Lordello

Apartamento Nº: \_\_\_\_\_

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_

Admitido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signo: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_


Telefone Res.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Horário e dias de trabalho: \_\_\_\_\_

Hospital mais próximo para socorro: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

FOTO



Apartamento Nº: \_\_\_\_\_

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_

Admitido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signo: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_


Telefone Res.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Horário e dias de trabalho: \_\_\_\_\_

Hospital mais próximo para socorro: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

FOTO



# Livro de Registro dos Funcionários dos Moradores

autor: Dr. Jorge Lordello

|   |                |              |
|---|----------------|--------------|
| Apartamento N°: _____                     |                |              |
| Nome do funcionário: _____                |                |              |
| Admitido em: _____ / _____ / _____        | FOTO           |              |
| Cargo: _____                              |                |              |
| RG: _____ CPF: _____                      |                |              |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ |                | Signo: _____ |
| Endereço residencial: _____               |                |              |
| Telefone Res.: _____                      | Celular: _____ |              |
| Horário e dias de trabalho: _____         |                |              |
| Hospital mais próximo para socorro: _____ |                |              |
| Obs.: _____                               |                |              |



|   |                |              |
|---|----------------|--------------|
| Apartamento N°: _____                     |                |              |
| Nome do funcionário: _____                |                |              |
| Admitido em: _____ / _____ / _____        | FOTO           |              |
| Cargo: _____                              |                |              |
| RG: _____ CPF: _____                      |                |              |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ |                | Signo: _____ |
| Endereço residencial: _____               |                |              |
| Telefone Res.: _____                      | Celular: _____ |              |
| Horário e dias de trabalho: _____         |                |              |
| Hospital mais próximo para socorro: _____ |                |              |
| Obs.: _____                               |                |              |

