



COOPERATIVA DE TRABALHO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Ficha de inscrição

Curso profissionalizante

Projeto: Mulheres Empreendedoras

Nome:	
Telefone ()	Profissão:
CPF:	RG:
E-mail:	
Cooperada está produzindo: sim () não () Se sim, qual o núcleo:	
Curso de interesse: Data do curso:	

_____/BA. ____/____/____

Assinatura da cooperada