

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO PQE

Nome completo: _____

CPF: _____ Cargo: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Autorizo o recebimento de informativos e relatórios de pontuação, entre outros comunicados referentes ao PQE, no e-mail indicado acima.

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Nome para impressão no certificado: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () _____

E-mail: _____ Site: _____

Associado Secovi-SP nº: _____ Sócio Especial nº: _____ Empresa não associada

ÁREA DE ATUAÇÃO/RECURSOS HUMANOS

Nº total de colaboradores (contando com sócios, diretores, funcionários CLT, autônomos e estagiários): _____

Indique a(s) área(s) de atuação da empresa que deseja certificar e a quantidade de colaboradores atuantes em cada uma delas.

Locação: _____ Compra e Venda: _____ Loteamentos: _____

Administração de Condomínios: _____ Construção/Incorporação: _____

Solicito a inscrição da empresa acima identificada no Programa Qualificação Essencial 2019, com certificação válida para 2020, declarando que os referidos dados são verdadeiros e que nos submeteremos, eu, a empresa e seus funcionários, ao disposto no Regulamento e aos procedimentos e determinações do Conselho de Ética e Relacionamento Profissional, no âmbito de seus Estatutos e de sua competência, sempre respeitando as normas de conduta e mantendo uma atuação ética. Estou ciente acerca da obrigatoriedade de associação ao Secovi-SP para obtenção da certificação PQE 2020.