



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
REITORIA
RÁDIO UNIVERSITÁRIA 96.9 FM - RUFM



UNIFAP – Prédio da RUFM – Campus Marco Zero – Macapá/AP – CEP 68.903-419 – Tel: (96) 3312-1797 – E-mail: radio@unifap.br

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

NÚMERO-ORDEM (uso da RUFM)

OBS: Preencha cuidadosamente todos os campos, em **letra de forma e legível**.

Nome ou Razão Social (no caso de Pessoa Jurídica - PJ)				
CPF ou CNPJ		Identidade (Nº e Órgão Expedidor)		CPF do Responsável (no caso de PJ)
Nome do Responsável (no caso de PJ)				Data do Nascimento
Formação Técnica (se tiver – anexar comprovantes)				
Experiência do Proponente (relate suas experiências com radiodifusão, conforme o Edital – anexar comprovantes)				
Dia da semana pretendido (marque UMA, e somente uma, como sua PRINCIPAL opção () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta - MANHÃ () Sexta - TARDE () Sábado				
Segunda Opção (conforme Edital, só será admitida se, e somente se, nenhuma proposta for aprovada em algum dia e horário disponível) () Segunda () Terça () Quarta () Sexta - NOITE				
Logradouro (nome da rua, avenida, travessa, passagem, etc., com o número do imóvel)				
Cidade		CEP	E-mail	
UF	País	Telefone Residencial	Telefone Celular 1	Telefone Celular 2
() Declaro que li o Edital, os seus anexos e retificações, e CONCORDO com os termos e condições estabelecidas (OBRIGATÓRIO MARCAR)				
Local	Data ____/____/____	Assinatura (da/o proponente)		
ATENÇÃO! A UNIFAP não se responsabiliza por informações inconsistentes, ou inelegíveis, neste formulário. Portanto, reveja e confira todos os seus dados antes de entregar para a/o responsável institucional. Este formulário deve ser entregue, preferencialmente pela/o candidata/o, na UNIFAP, conforme determina o Edital.				

Destaque aqui

Destaque aqui

COMPROVANTE DA INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

NÚMERO-ORDEM (uso da RUFM)

OBS: Preencha cuidadosamente todos os campos, em **letra de forma e legível**.

Nome ou Razão Social (no caso de Pessoa Jurídica - PJ)		
CPF ou CNPJ		CPF do Responsável (no caso de PJ)
Data de Inscrição ____/____/____	Assinatura da/do Responsável pelo Recebimento do Formulário	R E C E B E M O S RUFM
Observações Institucionais:		