



# SEICHO-NO-IE DO BRASIL

AV. ENG. ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 1266  
 SÃO PAULO - SP - CEP 04308-900  
 FONE: (0xx11) 5014-2222 - FAX: (0xx11) 5011-6848  
 Site: www.sni.org.br - E-mail: sni@sni.org.br

## FICHA CADASTRAL GERAL

NOMEAÇÃO  ALTERAÇÃO

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DOUTRINÁRIO REGIONAL

(enviar 2 fotos)

FRATERNIDADE

POMBA BRANCA

JOVENS

PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO/AJSI

PRESIDENTE UAP

PRESIDENTE DOS PRELETORES

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO REGIONAL DOS EDUCADORES

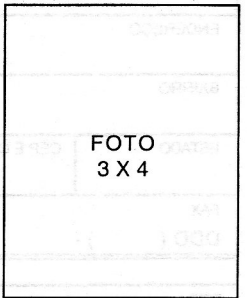
PRELETOR (PREENCHER TERMO DE JURAMENTO MANUSCRITO)

LÍDER DA ILUMINAÇÃO (PREENCHER TERMO DE JURAMENTO MANUSCRITO)

DIVULGADOR (ASSINAR TERMO DE JURAMENTO DE DIVULGADOR)

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE: .....

OUTROS ESPECIFICAR: .....



REGIONAL	CÓDIGO	ASSOCIAÇÃO LOCAL A QUAL PERTENCE	CÓDIGO
----------	--------	----------------------------------	--------

DADOS PESSOAIS			
NOME			SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	CIDADE		
ESTADO	CEP E COMPLEMENTO	RG	CIC
FONE RESIDENCIAL DDD ( ) -		FONE COMERCIAL DDD ( ) -	
RAMAL			
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	
ESTADO CIVIL	NOME DO CÔNJUGE		
PROFISSÃO DO(A) ESPOSO(A)	ESPOSO(A) É TAMBÉM DA SEICHO-NO-IE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
NOME DO PAI			
NOME DA MÃE			

DADOS DOUTRINÁRIOS					
CÓDIGO PRELETOR OU LÍDER	DATA GRAU	DATA DIPLOMA	QUANTIDADE DE REVISTAS FONTE DE LUZ	POMBA BRANCA	MUNDO IDEAL
CATEGORIA MISSÃO SAGRADA <input type="checkbox"/> DIZ. ESPECIAL <input type="checkbox"/> DIZIMISTA <input type="checkbox"/> MANTENEDOR <input type="checkbox"/> FAMÍLIA				DATA INGRESSO NA SEICHO-NO-IE	

MOTIVO QUE O(A) TROUXE À SEICHO-NO-IE

CARGOS QUE OCUPOU NA SEICHO-NO-IE

**CARGOS ATUAIS NA:**

SEDE CENTRAL: .....

REGIONAL: .....

ASSOCIAÇÃO LOCAL: .....

PARTICIPAÇÃO EM: SEMINÁRIOS DA LUZ	CURSOS NAS ACADEMIAS	CURSOS NAS REGIONAIS
VEZES	VEZES	VEZES

OBS.: *Informar E-mail:*

**DADOS PROFISSIONAIS**

PROFISSÃO		CARGO OU FUNÇÃO	
NOME DA FIRMA			
SETOR OU DEPARTAMENTO		PERÍODO NO CARGO OU FUNÇÃO	
ENDEREÇO			
BAIRRO		CIDADE	
ESTADO	CEP E COMPLEMENTO	QTDE. DE FUNCIONÁRIOS NA FIRMA	
FAX DDD (    )		EXERCE SEGUNDA ATIVIDADE? QUAL?	

**GRAU DE INSTRUÇÃO**

1º GRAU     
  2º GRAU     
  3º GRAU     
  PÓS-GRAD.     
  MESTRADO     
  DOUTORADO

O último assinalado acima foi concluído? Sim/Não \_\_\_\_\_

**Para os que concluíram curso superior:**

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TRABALHOS PUBLICADOS: \_\_\_\_\_

IDIOMAS	FALA				ESCREVE			
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	FRACO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	FRACO
ESPAÑHOL								
INGLÊS								
FRANCÊS								
ALEMÃO								
JAPONÊS								
ITALIANO								

**USO SOMENTE PARA PRELETORES E LÍDERES DA ILUMINAÇÃO**

NOMES DOS FAMILIARES	GRAU DE PARENTESCO	IDADE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....  
assinatura da pessoa indicada

.....  
visto Presidente da Organização/Assoc. na Regional

**USO DA SEDE CENTRAL**

GESTÃO DE: ____/____/____ ATÉ ____/____/____ DATA DA NOMEAÇÃO: ____/____/____ DATA DA EXPEDIÇÃO: ____/____/____ _____ assinatura responsável pela nomeação	DEPTO. PRELETORES	DATA EXPEDIÇÃO	DATA ENTREGA
	LÍDER DA ILUM.	____/____/____	____/____/____
	ASPIRANTE	____/____/____	____/____/____
	JÚNIOR	____/____/____	____/____/____
	SENIOR	____/____/____	____/____/____
	MASTER	____/____/____	____/____/____