|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Nome Completo:  |
| Nome Social: |
| CPF: | RG/RNE: |
| Órg.Emissor e UF do RG/RNE: |
| Sexo: | Escolher um item. | Estado Civil: | Escolher um item. |
| Grau de Instrução: | Escolher um item. | Data de nascimento: |
| Nacionalidade:  | Naturalidade UF: |
| Você possui algum vínculo de trabalho no momento? |  |
| Você possui algum parente que compõe órgãos da administração ou empregado da Fundação PTI-BR? Em caso afirmativo, por gentileza informar o nome. |
|  |  |
| Você atuou como empregado da Itaipu Binacional (CLT)? Em caso afirmativo, por gentileza informar a data de rescisão do vínculo com a IB. |
|  |  |
| **INFORMAÇÕES DE CONTATO** |
| Residencial Rua/Av.: | Nº: |
| Bairro: | Complemento |
| Cidade:  | UF:  |
| CEP:  | Tel.(whatsapp): |
| E-mail particular:  |
| Currículo Lattes/linkedin (link): |
| **VÍNCULO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |
| Instituição:  |
| Curso: | Período: semestre |
| **INFORMAÇÕES BANCÁRIAS** |
| Banco:  | Agência e dígito:  | Conta corrente:  |

|  |
| --- |
| **USO DOS DADOS PESSOAIS** |
| Para fins de atendimento da Lei nº 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) a FUNDAÇÃO PARQUE TECNOLÓGICO ITAIPU – BRASIL (FPTI-BR), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 07.769.688/0001-18, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão do Termo de Concessão de Bolsa, informa que os dados coletados têm a finalidade de permitir:1. Que a Controladora identifique e entre em contato com o titular (bolsista) ou seus familiares;
2. O cumprimento de obrigações impostas por órgãos de fiscalização ou decorrentes da legislação;
3. A execução dos procedimentos de admissão e execução do Termo de Concessão de Bolsa, inclusive após seu término;
4. A realização de atos preliminares ou de execução de contratos, no qual seja parte o titular;
5. A pedido do titular dos dados;
6. O exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
7. A proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;
8. A tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
9. Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;
10. A concessão de benefícios como Seguro de Vida;
11. Seu tratamento nas plataformas/softwares;
12. Acesso à ambientes restritos;
13. A composição de listas de aniversários, de profissionais, e campanhas de endomarketing;
14. A identificação do titular como autor/coautor em produções técnico/científicas;
15. A prestação de contas junto a instituições cofinanciadoras e/ou para fins de auditoria.
* Para mais informações, acesse: pti.org.br/lgpd.
* Ao assinar a ficha cadastral, o titular da ciência ao tratamento aplicado aos dados pessoais.
 |
| *(Assinado digitalmente)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Nome do Bolsista] |
| **QUANDO O BOLSISTA FOR MENOR DE IDADE** |
| Eu, [espaço para preencher o nome – – – –], portador(a) do CPF nº. [999.999.999-99 espaço para preencher CPF], dou ciência ao tratamentos dos dados pessoais do menor acima identificado. |
| *(Assinado digitalmente)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[espaço para preencher NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL] |