


Não preencher os campos sombreados

* Item de preenchimento obrigatório

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher formulário complementar

Versão 00 - MAI/2019



| | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------------------------------|
|  | FOP 402 (parte 1/2) | | |
| | CADASTRO DE PESSOAL DA ORGANIZAÇÃO REQUERENTE | | |
| À GTOF/GCOI/SPO | | Data: 01/07/2019 | |
| DADOS DA ORGANIZAÇÃO REQUERENTE | | | |
| Nome da organização*: aeroWIKI Escola de Aviação Civil – LTDA. | | CNPJ*: 99.999.999/9999-99 | |
| Processo ANAC (informe quando conhecido): (informar o número do processo SEI) | | | |
| SOLICITO O CADASTRAMENTO DE* : (utilize um formulário por candidato) | | | |
| Gestor Responsável | <input type="checkbox"/> | Gerente de Segurança Operacional | Examinador Credenciado |
| Coordenador de Curso | <input checked="" type="checkbox"/> | Gerente da Qualidade | Outros (Especificar na linha abaixo) |
| Nome ou título do cargo ou função na empresa: COORDENADOR DE CURSO – MMA-CEL | | | |
| DADOS PESSOAIS DO CADASTRADO | | | |
| Nome completo*: JOHN DOE JR. | | | |
| CPF*: 999.999.999-99 | Código ANAC ou Registro no Conselho de Classe (se aplicável): CANAC 999999 | | Escolaridade: Superior Completo |
| Endereço* (logradouro, bairro, cidade, UF): Rua Brasil, 1 – Hangar 01 - São José - Aeroporto Brasil | | | CEP*: 20000-000 |
| E-mail*: contato@aerowiki.com.br | Telefone*: (21) 9999-9999 | Telefone 2: | Celular: (21) 99999-9999 |
| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | | | |
| ORGANIZAÇÃO* | | CARGO* | PERÍODO* |
| aeroWIKI Escola de Aviação Civil – LTDA | | Coordenador de Curso MMA | 2018-Atual |
| aeroWIKI Escola de Aviação Civil – LTDA | | Instrutor | 2012-Atual |
| Brasil Linhas Aéreas | | MMA | 2010-2014 |
| | | | |
| DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS | | | |
| <input type="checkbox"/> Este cargo não será acumulado com nenhum outro. | | | |
| ACÚMULO E COMPARTILHAMENTO DE CARGOS* : (neste caso, anexar documentação requerida) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Este cargo será acumulado com o cargo de INSTRUTOR neste CIAC. | | |
| <input type="checkbox"/> | Este cargo será acumulado com o cargo de _____ no CIAC _____ _____ CNPJ _____. | | |
| (Encaminhar, em anexo, declaração daquele CIAC concordando com o compartilhamento de cargos) | | | |

Não preencher os campos sombreados

* Item de preenchimento obrigatório

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher formulário complementar

Versão 00 - MAI/2019

| | | |
|--|--|---------------------|
|  | FOP 402 (parte 2/2) | |
| | CADASTRO DE PESSOAL DA ORGANIZAÇÃO REQUERENTE | |
| | À GTOF/GCOI/SPO | Data: 01/07/2019 |
| Documentação necessária – GESTOR RESPONSÁVEL | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Contrato ou atos constitutivos da empresa que autorizem o candidato a tomar decisões pelo CIAC de forma autônoma- Procuração autorizando o candidato a tomar decisões pelo CIAC de forma autônoma, acompanhado de ata ou estatuto de sua indicação. (No caso em que o candidato não faça parte da empresa como sócio) | | |
| Documentação necessária – GSO | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Atualização de declarações do MGSO- Comprovante de vínculo empregatício- Documentação comprobatória de que atende os requisitos para a função elencados no SGSO do CIAC.- Nomeação para a função | | |
| Documentação necessária – GQ | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Comprovação de experiência**- Comprovante de cursos na área de auditoria da qualidade**- Comprovante de vínculo empregatício- Nomeação para a função | | |
| Documentação necessária – COORDENADOR DE CURSO | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Comprovação de experiência**- Comprovante de vínculo empregatício- Licenças e habilitações requeridas***- Nomeação para a função | | |
| Documentação necessária – EXAMINADOR CREDENCIADO | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Certificado do curso reconhecido**- Comprovação de experiência**- Comprovante de vínculo empregatício- Nomeação para a função | | |
| (**) Conforme requerido pelo regulamento ou instrução suplementar. | | |
| (***) A comprovação de licenças e habilitações se dá pelo Código ANAC. | | |
| ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS | | |
| Declaro compreender as atribuições e as responsabilidades do cargo que pretendo assumir, bem como declaro conhecer as apropriadas seções dos RBHA 91, RBAC 61, RBHA 63, RBAC 65, RBAC 141, CBA, Lei do Aeronauta e outros regulamentos pertinentes, além dos manuais e procedimentos do CIAC e suas Especificações de Instrução. | Confirmo que encaminhei todos os documentos requeridos para o cadastramento de pessoal aqui solicitado. | |
| Assinatura do candidato*: (assinatura do Coordenador) | Assinatura do Gestor Responsável*:  | |