



**Escola de Educação Teológica
das Assembleias de Deus**

www.eetad.com.br



**Faculdade de Educação Teológica
das Assembleias de Deus**

www.faetad.com.br

CCN/IDC

CONTROLE E COORDENAÇÃO DE NÚCLEO
Programa de Formação em Teologia

Básico (1º Ciclo) Médio I (2º Ciclo) Médio II (2º Ciclo) Superior (3º Ciclo)

Dados da Igreja

Denominação: Assembleia de Deus Outra: _____
 Convenção/Ministério: CGADB CONAMAD Outra: _____
 CNPJ: _____ Fone: () _____ Fax: () _____
 End.: _____ Nº: _____ C. P.: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ E-mail: _____
 Website: _____

Dados do Núcleo

Núcleo nº: _____ Data da fundação: ___/___/_____
 Início das atividades:
 Básico (1º Ciclo): ___/___/_____ Médio I (2º Ciclo): ___/___/_____ Médio II (2º Ciclo): ___/___/_____
 Superior (3º Ciclo): ___/___/_____
 Dia da aula na semana: 1º Ciclo: _____ Horário da aula: das ___ h ___ às ___ h ___
 Dia da aula na semana: 2º Ciclo (2C16): _____ Horário da aula: das ___ h ___ às ___ h ___
 Dia da aula na semana: 2º Ciclo (2C32): _____ Horário da aula: das ___ h ___ às ___ h ___
 Dia da aula na semana: 3º Ciclo: _____ Horário da aula: das ___ h ___ às ___ h ___
 End.: _____ Nº: _____ C. P.: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ Fone: () _____ Fax: () _____

Assinale com "x" a opção de recebimento da remessa do curso.

Transportadora Correios em mãos, na sede da EETAD/FAETAD, em Campinas.

Assinale com "x" a opção em nome de quem serão enviadas as correspondências.

Diretor Coordenador Monitor Secretário-Tesoureiro

_____/_____/_____
Data

Diretor do Núcleo

Responsável pela Remessa

Dados do DIRETOR do Núcleo

Núcleo nº: _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

End.: _____ Nº: _____ C. P.: _____

Apto.: _____ Bloco: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Celular: () _____ Fax: () _____

Email: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Sexo: Masc. Fem.

Treinamento para Administração de Núcleo (opcional) realizado em: ____/____/____

 via vídeo na EETAD/FAETAD Internet____/____/____
Data_____
Assinatura do Diretor do Núcleo**Dados do COORDENADOR do Núcleo**

Núcleo nº: _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

End.: _____ Nº: _____ C. P.: _____

Apto.: _____ Bloco: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Celular: () _____ Fax: () _____

Email: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Sexo: Masc. Fem.

Treinamento para Administração de Núcleo (obrigatório) realizado em: ____/____/____

 via vídeo na EETAD/FAETAD Internet____/____/____
Data_____
Assinatura do Coordenador do Núcleo