

## QUESTIONÁRIO DE INSCRIÇÃO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:

NOME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIAPE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SEXO: M ( ) F ( ) GESTANTE: SIM ( ) NÃO ( )

### 2. DADOS DE SAÚDE DO SERVIDOR:

PESO: \_\_\_\_ Kg      ALTURA: \_\_\_\_ m

PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: NÃO ( ) SIM ( )

TIPO DE ATIVIDADE? \_\_\_\_\_ E QUAL A FREQUÊNCIA?

( ) 1X/SEM ( ) 2X/SEM ( ) 3X/SEM ( ) DIARIAMENTE

( ) OUTRA FREQUÊNCIA, QUAL ? \_\_\_\_\_

POSSUI ALGUMA PATOLOGIAS: NÃO ( ) SIM ( ) QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USA ALGUM MEDICAMENTO ? NÃO ( ) SIM ( ) QUAIS ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. INTERESSE NA CAPACITAÇÃO:

QUAIS OS MOTIVOS QUE LEVARAM VOCÊ A SE INSCREVER PARA ESSA CAPACITAÇÃO ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUAIS OS ASSUNTOS DE SEU INTERESSE:

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS POR MEIO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS ( )

NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO NA PRÁTICA DE ESPORTE ( )

NUTRIÇÃO FUNCIONAL NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE ( )

OUTROS ( ) QUAIS ? \_\_\_\_\_