

**Recomendação para Missionário de Serviço de Tempo Parcial da Igreja**

CHURCH-SERVICE MISSIONARY OFFICE  
50 E NORTH TEMPLE ST RM 152W  
SALT LAKE CITY UT 84150-4060

Telefone: 1-801-240-4914  
Fax: 1-801-240-1726

Este formulário é para os que servem em tempo parcial em um departamento da Igreja, morando em sua própria casa. Leia este formulário cuidadosamente e preencha-o com letra de forma ou datilografe os dados solicitados. Envie o formulário preenchido pelo correio ou fax para a organização relacionada à esquerda, ou telefone se tiver dúvidas.

**Dados Pessoais**

Nome (sobrenome, prenome, nome do meio) \_\_\_\_\_ Indicador: \_\_\_\_\_

Endereço residencial (rua e número, cidade, estado ou província, código postal) \_\_\_\_\_

Data de nascimento (dia, mês, ano)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro	Idade do(s) dependente(s) que mora(m) em casa
Telefone residencial com código de área	Telefone comercial com código de área	Telefone celular com código de área	E-mail

Explique todas as situações de trabalho, viagem ou família que possam afetar sua dedicação ao serviço missionário de tempo parcial

Nome da pessoa a ser notificada em caso de emergência	Parentesco	Telefone residencial com código de área
---	------------	---

**Designação Solicitada** Por exemplo: Armazém do Bispo, Administração de Propriedades, Serviços de Distribuição, etc.

Designação solicitada	Nome do supervisor do departamento contatado
-----------------------	--

**Instrução e Aptidões**

Instrução <input type="checkbox"/> Curso médio <input type="checkbox"/> Curso superior	Área de estudo	Diploma(s) recebido(s)	Idioma(s) estrangeiro(s)	Fluência			Leitura			Redação		
				Boa	Re-gular	Fraca	Boa	Re-gular	Fraca	Boa	Re-gular	Fraca
Datilografia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Palavras por minuto: _____												
Experiência em computação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de experiência: _____												
Disposição de aprender a lidar com o computador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Áreas de interesse, aptidões profissionais, habilidades, hobbies										

**Histórico de Emprego** Relacione os empregadores e os cargos ocupados.

**Disponibilidade**

Horas	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
8h - 12h							
12h - 16h							
16h - 20h							
Outro horário							

Compromisso de serviço  
 6 meses  12 meses  18 meses  24 meses  30 meses  36 meses (somente para cargos especiais) Data disponível: \_\_\_\_\_

**Dados da Igreja**

Ala ou ramo	Bispo ou presidente de ramo
Estaca ou missão	Presidente de estaca ou missão
Cargos ocupados na Igreja	

Cargo(s) atual(is) na igreja	Número de registro de membro
------------------------------	------------------------------

Missionário que retornou do campo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Datas da missão De a	Nome da missão
--	-------------------------	----------------

**Dados de Saúde**

Condição geral de saúde <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	Visão <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	Cobertura atual por seguro médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--

Tem ou teve algum dos seguintes itens:

Problemas ou lesão na coluna	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz uso atualmente de algum tipo de medicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doença ou problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Consultou um médico nos últimos cinco anos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Epilepsia, convulsões ou paralisia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Deficiências ou limitações físicas ou médicas que devam ser levadas em consideração ao serem avaliadas suas qualificações para uma designação na Igreja	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tonturas ou desmaios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hérnia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Deformidades, amputação de membros ou deficiência física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Se você respondeu "Sim" a qualquer um dos itens acima, forneça detalhes a respeito de cada um na seção "Comentários" abaixo (use uma folha de papel adicional, se necessário).

Comentários

**Anuência e Assinatura do Candidato a Missionário de Serviço da Igreja**

Estou ciente de que, caso venha a ser chamado, não serei empregado da Igreja e, portanto, não estarei coberto pelo fundo de garantia do trabalhador. Terei que providenciar meu próprio seguro médico para todo tipo de enfermidade ou lesão, inclusive as que vierem a ocorrer durante meu serviço.

Autorizo o Escritório de Missionários de Serviço da Igreja a divulgar os dados médicos acima para a gerência do departamento no qual servirei.

Assinatura	Data
------------	------

**Recomendação e Assinatura do Bispo ou Presidente do Ramo** Ao assinar este formulário, você estará certificando que o candidato é digno de possuir uma recomendação para o templo e que ele é capaz e qualificado para servir como missionário de serviço da Igreja.

Assinatura do bispo ou presidente do ramo	Número de unidade da ala ou ramo	Data
---	----------------------------------	------

Endereço residencial (rua e número, cidade, estado ou província, código postal)

Telefone residencial com código de área	Telefone comercial com código de área	Telefone celular com código de área	E-mail
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--------

**Recomendação e Assinatura do Presidente da Estaca ou Missão** Ao assinar este formulário, você estará certificando que o candidato é digno de possuir uma recomendação para o templo e que ele é capaz e qualificado para servir como missionário de serviço da Igreja.

Assinatura do presidente da estaca ou missão	Número de unidade da estaca ou missão	Data
--	---------------------------------------	------

Endereço residencial (rua e número, cidade, estado ou província, código postal)

Telefone residencial com código de área	Telefone comercial com código de área	Telefone celular com código de área	E-mail
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--------