



# FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME DO ALUNO(A):			
ENDEREÇO:	Nº	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	ESTADO CIVIL:	
E-MAIL:	SEXO:	MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMININO <input type="checkbox"/>
DATA DE NASC.:	RG:	ORGÃO EXP.:	CPF:
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL ( PREENCHER EM CASO DE ALUNO(A) MENOR DE 18 ANOS)			
PARENTESCO	NOME	CPF	NASCIMENTO
			__/__/____

AUTORIZAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO	
<p>1. Declaro que sou responsável pelo(s) menor(es) inscrito(s) nessa Ficha de Inscrição e estou ciente e autorizo o(s) mesmo(s) se credenciar no SESI-SP, bem como a frequentar/utilizar suas dependências, responsabilizando-me por todos os atos praticados por ele(s), dentro da entidade.</p> <p>2. É de minha responsabilidade o cuidado com a saúde do(s) menor(es) citado(s), prevenindo eventuais problemas clínicos durante a prática de qualquer atividade física.</p>	
<p><b>ATENÇÃO! PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA DE FORMA.</b></p>	
<hr/>	
<p><b>ASSINATURA DO(A) ALUNO(A) ou RESPONSÁVEL LEGAL*</b></p> <p>* caso aluno(a) menor de 18 anos, assinar o responsável legal</p>	

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

O **SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESI, Departamento Regional de São Paulo**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade de São Paulo, Estado de SP, na Avenida Paulista, nº1313, 3º andar, Bairro Bela Vista, CEP 01311923, inscrita no CNPJ/MF sob nº 03.779.133/0001-04, aqui denominado como **CONTROLADOR**, considerando as obrigações impostas pela nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – “LGPD” (Lei n. 13.709/2018), vem, por meio desta, comunicar as regras de privacidade e proteção de dados que devem ser observadas por seus no compartilhamento de dados, em todas as suas relações para realização do curso acima descrito e/ou atendimento para utilização do Centro de Qualidade de Vida - CQV.

1. Ao assinar o presente termo, o Titular consente e concorda, por livre e espontânea vontade, que o CONTROLADOR, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais e dos seus dependentes, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
2. O Titular autoriza o Controlador a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais e sensíveis, para os fins que serão relacionados nas cláusulas seguintes:  
Nome completo; Nome social; Data de nascimento; Número da Carteira de Identidade (RG); Número de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); Sexo; Nacionalidade; Naturalidade; Estado Civil; CTPS física e/ou digital; Fotografia 3x4 e/ou imagem; Endereço completo; Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail; Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador; Nível de Escolaridade; Deficiências e necessidades especiais; Questionário sobre a qualidade de vida e sobre a sua satisfação (se o caso); Questionário sobre a saúde e questões socioeconômicas e ficha de anamnese (se o caso); Dados bancários (apenas em necessidades de devoluções).
3. O Titular autoriza que o Controlador utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo e dos constantes no formulário para realização da matrícula que faz parte do presente, para as seguintes finalidades além das previstas no art. 7º da Lei 13.709/2018:
  - a. Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular;
  - b. Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação e aquelas impostas por órgãos de fiscalização, principalmente as que está inserido o SESI (TCU/CGU);
  - c. Possibilitar que o Controlador acione o Titular para tratar de todas as OBRIGAÇÕES relacionadas à de prestação de serviços entabulado entre as partes;
  - d. Serviços de mídias sociais e mídias espontâneas.
4. O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular e de seus dependentes com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709 com as seguintes finalidades:
  - a. Entre as unidades do SESI-SP e empresas relacionadas - SESI – Departamento Nacional; SENAI; FIESP;
  - b. Parceiros comerciais que estão relacionadas as atividades da Contratada;
  - c. Poderá compartilhar suas informações pessoais e dos dependentes com os parceiros comerciais do Controlador que estão relacionadas as atividades do Controlador para oferecer, fornecer, entregar, analisar, administrar, melhorar e personalizar produtos ou serviços;
  - d. Permitir que a Controladora forneça e compartilhe dados com sua Empresa Empregadora, bem como dados financeiros e de cobrança (no caso de a empresa ser a contratante).
5. À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos dos artigos 7º e 16 da Lei

nº 13.709/2018, em especial às ligadas a Educação e órgãos correlatos e regulatórias em que o SESI/SP está inserido (MEC/Secretarias de Educação /TCU/CGU).

5.1 O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos, exigidos pelos Órgãos de Ensino e da Saúde, mesmo após a conclusão ou rompimento do curso ou serviço contratado;

6. Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e §2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).
7. Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, observando-se a cláusula quinta.
8. O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo por carta escrita em uma unidade SESI-SP, conforme o artigo 8º, §5º, da Lei nº 13.709/2020, podendo, também, utilizar os seguintes canais:

**Central de Relacionamento com o Cliente:**

(11) 3322-0050 (Capital, Grande São Paulo e Outros Estados) // 0800-055-1000 (Interior de SP)

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 08h às 20h, e sábado, das 08h às 14h

Site <https://www.sesisp.org.br/fale-conosco>;

Horário de funcionamento: segunda a sexta (exceto feriados), das 08h às 17h

**Portal MEU SESI** (<https://acesso.sesisp.org.br/Account/Login>), o usuário poderá excluir seu cadastro no ambiente de usuário da aplicação, no menu "Meus dados > Excluir cadastro"

9. O Titular quanto aos seus dados pessoais e de seus dependentes tem direito a obter do Controlador, confirmação de existência; acesso; correção; anonimização; bloqueio; eliminação e demais previstos no art. 18 da Lei 13.709/18, a qualquer momento e mediante requisição, pelos canais acima informados.
10. As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a Controladora tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 13.709/2018.
11. Declaro conhecer e concordar com as disposições do Regimento do SESI, Termos de Uso e Política de Privacidade, Política de Segurança da Informação e Privacidade e Política de Propriedade Intelectual, disponíveis no endereço: <https://www.sesisp.org.br/politica-de-privacidade>

<b>Local e data:</b>	_____ /SP, ____ de _____ de 20____
<b>Assinatura do Responsável Legal</b>	

### Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física.

Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física.

Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 4) Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?  
( ) SIM ( ) NÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Nome do responsável, se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2023.

\_\_\_\_\_

Assinatura

### **Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física**

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física" (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome: \_\_\_\_\_

Nome do responsável, se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência avisar: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.

\_\_\_\_\_

Assinatura