

Recomendação para Jovem Missionário de Serviço da Igreja

Instruções:

O missionário em perspectiva preenche este formulário e inclui sua assinatura na página dois e envia ao bispo.

O bispo preenche a sua seção e envia o formulário para o presidente da estaca, que preenche a sua seção e envia o formulário pelo correio aos coordenadores de missionários de serviço da Igreja. Caso tenha alguma pergunta, ligue para 11 3723-3452.

Cole aqui uma foto sua

Importante: Digite ou escreva em letra de forma **todos** os dados.

Dados Pessoais

Nome (prenome, nome do meio, sobrenome)		Número de registro de membro	
Endereço residencial (rua e número, cidade, estado ou província, código postal)		Nome de usuário da Conta SUD	
Data de nascimento (dia, mês, ano)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Telefone residencial (com código de área)	Telefone celular (com código de área)	Endereço de e-mail	
Nome da pessoa a ser notificada em caso de emergência		Relacionamento	Telefone residencial (com código de área)
Você já foi preso* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Já foi condenado por algum crime* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

*- Se a resposta for "Sim", explique, incluindo a data da prisão, acusação e sentença

Pedido de Designação para a Missão

Título da função do(a) missionário(a)		Duração do serviço 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Nome do departamento ou da organização		Motivos de ter sido dispensado honrosamente de servir uma Missão de Tempo Integral (somente para rapazes). Explique abaixo: Dispensado por: <input type="checkbox"/> Depto. Missionário <input type="checkbox"/> Líder do Sacerdócio Nome e chamado do Líder _____	
Data de possível início	Quantidade média de horas a serem trabalhadas a cada semana.		
Explique quaisquer condições que possam afetar o seu compromisso com o serviço missionário			

Educação e Qualificações

Educação <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Faculdade	Área de estudo	Diploma(s) recebido(s)	
Sabe datilografar ou digitar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Palavras por Minuto: _____	Experiência em computação (processador de texto, planilha, software para apresentação, etc.)	Disposição de aprender a lidar com o computador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Áreas de interesse, habilidades profissionais, aptidões, passatempos		Idioma nativo	
Outros idiomas	Fala	Lê	Escreve
	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio
	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Médio

Histórico Profissional Relacione os empregadores e os cargos ocupados (acrescente páginas adicionais se necessário). Caso já tenha sido funcionário da Igreja, inclua o número de seu registro de funcionário.

Informações Relativas à Igreja

Cargos ocupados na Igreja		
Chamado(s) atual(is) na Igreja		
Ex-missionário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Datas da missão De _____ a _____	Nome da missão
Outras missões que serviu		

Recomendação para Jovem Missionário de Serviço da Igreja — continuação

Nome (prenome, nome do meio, sobrenome)

Informações sobre Saúde

Condições gerais de saúde <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Fraca	Visão <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Fraca	Cobertura atual por plano de saúde (caso sim, relacione o nome da empresa e o número da apólice) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---

- Tem ou já teve algum dos seguintes:
 - Problemas ou lesão na coluna Sim Não
 - Doença ou problema cardíaco Sim Não
 - Ataques epiléticos, convulsões ou paralisia Sim Não
 - Tonturas ou desmaios Sim Não
 - Hérnia Sim Não
 - Deformidade, amputação ou deficiência física Sim Não
- Faz uso atualmente de algum tipo de medicação? Sim Não
- Consultou um médico nos últimos cinco anos? Sim Não
- Tem ou teve deficiências ou limitações físicas ou médicas, inclusive desordens mentais ou emocionais, que devam ser levadas em consideração ao serem avaliadas suas qualificações para uma designação na Igreja? Sim Não

Se a resposta for "Sim" para alguma das questões acima, dê os detalhes de cada uma delas (acrescente páginas adicionais, se necessário):

Acordos e Assinatura do Candidato a Missionário de Serviço da Igreja

Compreendo que, se for chamado, não serei funcionário da Igreja e não terei direito a compensação financeira nem receberei outros benefícios empregatícios em relação a meu serviço. Também entendo que a Igreja não provê aos missionários de serviço da Igreja cobertura de plano de saúde nem transporte de ida e volta para as designações. Compreendo que sou inteiramente responsável por minhas próprias despesas médicas, inclusive despesas com dentistas, oftalmologistas e remédios com receita médica.

Autorizo o Escritório de Missionários de Serviço da Igreja a divulgar os dados médicos acima para a gerência do departamento em que servirei, se for chamado.

Compreendo que meu bispo ou presidente de ramo e meu presidente de estaca ou de missão proverão avaliações das minhas qualificações para servir como missionário de serviço da Igreja. Entendo que essas avaliações são estritamente confidenciais e abro mão de qualquer direito de acesso a elas.

Autorizo também A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas a coletar, processar e transferir para outros países minhas informações pessoais de acordo com as necessidades da Igreja e em conformidade com as normas de privacidade praticadas na administração de registros da Igreja.

Assinatura do missionário (obrigatória)	Assinatura do pai ou responsável	Data
---	----------------------------------	------

Recomendação e Assinatura do Bispo ou Presidente de Ramo Ao assinar este formulário, você assegura 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.

Comentários

Nome do bispo ou presidente do ramo (obrigatório), em letra de forma	Nome da ala ou do ramo	Número da unidade
Assinatura do bispo ou presidente do ramo (obrigatória)	Data	O registro de membro do candidato contém alguma anotação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

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)	Endereço de e-mail
---	---	---------------------------------------	--------------------

Recomendação e Assinatura do Presidente de Estaca ou Missão Ao assinar este formulário, você assegura 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.

Comentários

Nome do presidente da estaca ou da missão (obrigatório), em letra de forma	Nome da estaca ou missão	Número da unidade
Assinatura do presidente da estaca ou missão (obrigatório)	Data	O registro de membro do candidato contém alguma anotação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

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)	Endereço de e-mail
---	---	---------------------------------------	--------------------