

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL SUPERVISIONADA
Informações Pessoais e Acordo entre as Partes

DADOS PESSOAIS DO SUPERVISIONADO

Nome: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Emprego Atual

Data de início: _____ Cargo: _____

Atribuições do cargo: _____

Empresa: _____ Telefone: _____

Principais atribuições do seu cargo (ênfase na experiência de atendimento a pessoas físicas)

Autônomo

Sou autônomo. Segue referência que pode atestar a natureza do meu negócio:

Nome do contato de referência: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Natureza do Relacionamento do Contato: _____

Principais atribuições do seu cargo (ênfase na experiência de atendimento a pessoas físicas)

Experiência anterior

Período: _____ Cargo: _____

Empresa: _____ Telefone comercial: _____

Principais atribuições do seu cargo (ênfase na experiência de atendimento a pessoas físicas)

DADOS PESSOAIS DO SUPERVISOR

Nome do Atual Supervisor: _____

Empresa onde trabalha como CFP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Período de Supervisão: _____

Nome do supervisor anterior (se aplicável): _____

Empresa onde trabalha como CFP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Período de Supervisão: _____

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas. Autorizo investigações sobre todas as afirmações contidas neste formulário. Entendo que eu não devo usar a Marca CFP até que eu receba a notificação oficial da minha certificação pela entidade certificadora e que equívoco ou omissão de fatos pode acarretar recusa ou revogação ao direito de utilizar o CFP, CERTIFIED FINANCIAL PLANNER, a logomarca da CFP.

Nome do Supervisionado: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ACORDO DE SUPERVISÃO

(preenchido e assinado por supervisor e supervisionado)

Eu _____ (nome do supervisor) declaro assumir a responsabilidade de supervisionar a atividade de planejamento financeiro pessoal de _____ (nome do supervisionado) conforme regras e procedimentos definidos no Guia da Experiência Profissional Supervisionada da PLANEJAR, ciente da entrega do Relatório ao término do período de supervisão.

Eu _____ (nome do supervisionado) declaro conhecer e aceitar as regras e procedimentos definidos no Guia da Experiência Profissional Supervisionada da PLANEJAR e assumo a responsabilidade de reportar à PLANEJAR qualquer alteração neste Acordo de Supervisão ora firmado.

Assinatura do Supervisor: _____

Assinatura do Supervisionado: _____

Data de início da supervisão: _____ Data de término da supervisão: _____

AVALIAÇÃO DA PLANEJAR

(preenchido pela Planejar)

Nome do avaliador: _____

Comentários do Avaliador:

Aprovado: ___

Data: _____

Assinatura: _____