



**Gastronomia &
Hospitalidade**
SinHoRes Osasco - Alphaville e Região

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA SEBRAE SERVIÇOS ALIMENTAÇÃO FORA DO LAR

O Programa Serviços de Alimentação Fora do Lar tem como objetivo promover a capacitação empresarial através de uma trilha de soluções gerenciais com encontros coletivos e consultorias individuais e na empresa, visando melhoria de resultados das empresas participantes como aumento de faturamento, redução de custos e ganho de produtividade.

Este instrumento tem como finalidade declarar interesse e comprometimento com as ações do Programa Serviços de Alimentação Fora do Lar, com subsídio de 40%, parceria entre o SinHoRes Osasco e o Sebrae-SP, aos pequenos negócios do setor nos municípios abrangidos pelo SinHoRes Osasco.

RAZÃO SOCIAL:		
CNPJ:	Atividade principal:	
Endereço:	Nº	Complemento:
Cidade:	Bairro	CEP
E-mail	Telefone:	Celular:
Porte da Empresa: () Microempreendedor Individual - MEI / () Microempresa - ME () Empresa de Pequeno Porte - EPP		

As empresas inscritas passarão por processo de seleção, onde serão verificadas as condições supracitadas, estar devidamente registrada como empresa do setor/segmento de alimentação fora do lar e porte correspondente a pequenos negócios (MEI, ME e EPP).

Os participantes selecionados comprometem-se a frequentar todos os encontros e ações do Programa, conforme o cronograma contendo e definindo local, dias e horários, e caso algum motivo impossibilite tal participação, indicar um representante para comparecer em seu lugar.

Em nenhuma hipótese serão emitidos os certificados dos Cursos e do Programa ao(a) empresário(a)/participante que não tiver frequência superior a 75% das atividades, sobretudo nos cursos, conforme Cronograma que será disponibilizado aos participantes, sendo que os mesmos não são emitidos para representantes indicados.

Fica consignado que todo o conteúdo, didático e aplicação do Programa será realizado pelo corpo técnico do SEBRAE SP - Escritório Regional Osasco.

Data: ____/____/____

ASSINATURA:

NOME:

Abaixo indicar o participante N° 1 das ações do Programa:

| IMPORTANTE! Somente este nome indicado constará na lista de presença, bem como nos certificados de cada curso |

PARTICIPANTE 1			
Nome:			
Data de nascimento:		CPF:	
Endereço:			CEP:
Celular:	E-mail:		
Cargo na empresa:			

OBS: Na ausência do participante acima, poderá ser designado outro participante (sócio e/ou gestor), evitando assim perda do conteúdo aplicado.

PARTICIPANTE 2			
Nome:			
Data de nascimento:		CPF:	
Endereço:			CEP:
Celular:	E-mail:		
Cargo na empresa:			

DIAGNÓSTICO PRÉVIO

1) Quantas pessoas trabalham no estabelecimento?

- a. Registradas _____
- b. Sem registro _____

2) Quais ações de Gestão possui mais dificuldades em realizar:

- a. **FINANÇAS:** () Entradas e Saídas () Fluxo de Caixa () Demonstrativo de Resultados
- b. **MARKETING:** () Possui Público Alvo Definido (ex. mulheres cabelos crespos) () Realiza ações para atrair mais clientes () Oferece pacotes de serviços () Possui Site ou Canal no Youtube () Possui Redes Sociais da Empresa (Face/Instagram)
- c. **GESTÃO DE PESSOAS:** () Realiza reuniões periódicas com a equipe () Possui critério previamente definidos para selecionar novos colaboradores ou profissionais () Os profissionais possuem registro como MEI () A empresa tem por escrito um código de conduta
- d. **PROCESSOS:** () A empresa tem padrões definidos de Atendimento () Realiza controle de estoque/consumo de produto