

FICHA DE AFILIAÇÃO DE ASSOCIADO TERAPEUTA

DADOS CADASTRAIS – Solicitamos que seja com letra legível.

Nome completo como consta no CPF: _____		
–		
Data de Nascimento: _____	Nacionalidade: _____	
CPF: _____	RG: _____	Nível Escolaridade: _____
Endereço para envio da Carteira de Registro		
Rua: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	
CEP: _____	Estado: _____	Email: _____
Telefone comercial (DDD): _____		
Telefone celular (DDD): _____		

SOLICITAMOS QUE LEIA COM ATENÇÃO E ENVIE TODA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA POR E-MAIL.

Informe abaixo a relação dos Certificados de Cursos de qualificação que cursou e carga horária dos quais solicita o Registro na SBHOLOS:

É obrigatório o envio de cópia digitalizada (frente e verso) do certificado de cada um dos Cursos citados acima. Os certificados devem conter cronograma, carga horária, nome do curso e quem ministrou o curso (com assinatura/carimbo).

É obrigatório o envio de cópia digitalizada dos seguintes documentos:

- CPF e RG;
- Comprovante de endereço do último mês – caso não tiver comprovante em seu nome, emitir declaração de endereço autenticada em Cartório.
- Foto 3x4 – **obrigatório o envio de foto digitalizada separadamente dos outros documentos.**

Anexar um arquivo de imagem (JPG) contendo 01 foto no formato 3x4, colorida, fundo branco, em boa resolução (300 dpi). Lembrando que será sua foto de identificação na carteirinha, desta forma deverá mostrar seu rosto de frente com bastante nitidez.

- Atestado de Antecedentes Criminais.
- Esta ficha de inscrição devidamente preenchida, assinada e digitalizada.
- Cópia do comprovante do depósito – **somente após a aprovação do registro.**

Anuidade: R\$100,00

SBHOLOS – Sociedade Brasileira de Holo-Sistêmica / CNPJ: 26.555.372/0001-78.

OBS.: Somente efetuar o pagamento após aprovado o Registro. A aprovação do Registro será enviada pelo e-mail da SBHOLOS.

Afirmo e assino que as informações acima descritas são verdadeiras, sob responsabilidade civil e criminal, podendo ser analisadas, avaliadas e confirmadas pelos responsáveis da SBHOLOS.

Desta forma a SBHOLOS tem minha autorização para divulgar meus dados de Registro nos seus meios de comunicação.

Autorizo a SBHOLOS a utilizar os meus dados comerciais para fins de divulgação profissional.

() Aceito () Não aceito

A SBHOLOS não se responsabiliza se o filiado não possuir local para recebimento de correspondências, bem como se o endereço informado estiver incorreto.

Local/data: _____, _____, _____.

Assinatura Solicitante