



ATF-RJ Associação de Terapia de Família do Rio de Janeiro

Rua: Ministro Otávio Kelly, 453 Térreo- Jardim Icaraí-RJ
Cep: 24.220-300 telefone e fax: (21) 3602-4983
atfrj@atfrj.org.br www.atfrj.org.br

FICHA DE CADASTRO: Postulante à Afiliação a ATF-RJ

(Preencher todos os dados com letras de imprensa)

***campo obrigatório**

Data de entrada :/...../.....

*Nome:

*Nome Profissional:

*Data de nascimento:/...../.....

*Graduação:

Universidade.....Ano de Formação.....

*Registro profissional: *CPF:

E-mail:

*Endereço Residencial.....

.....

*Bairro:..... * Cidade:..... CEP:.....

*Telefone Residencial:..... Celular:

*Endereço Profissional-Bairro.....

.....

Telefone para Divulgação:

*Instituição Formadora:

*Carga Horária Total.....Data da Conclusão do Curso.....

Pós-Graduação/ Mestrado/ Doutorado:

Curso:.....Universidade.....Ano de Conclusão.....

Trabalho com famílias

() consultório () instituição () Instituição / trabalho social e comunitário () pesquisas científicas

Enviar a FICHA DE CADASTRO para a sede da ATF-Rio incluindo:

Três cartas de apresentação, cópia do registro profissional, declaração do Instituto Formador e 2 fotos.

Nome dos Associados Titulares da ATF-Rio que indicam a afiliação do postulante:

1.

2.

3.

Estou ciente do valor da anuidade e da necessidade de atualização dos dados cadastrais acima.

Autorizo a divulgação de meus dados no Caderno de Endereços e no Site da ATF.

Data de entrega dos documentos: Rio de Janeiro,.....de.....

Assinatura do postulante:

A ser preenchido pela Diretoria: Afiliação () TITULAR () ASPIRANTE () COLABORADOR

Assinatura de membro da Diretoria: