**FICHA DE ASSOCIADO**

| NÚMERO DE INSCRIÇÃO: |  |
| --- | --- |
| DATA DE ENTRADA: |  |
| CATEGORIA: |  |

(Não preencher)

| NOME: |  |
| --- | --- |
| DATA DE NASCIMENTO: |  |
| RG: |  |
| CPF: |  |
| NATURALIDADE: |  |

| ENDEREÇO RESIDENCIAL: |  |
| --- | --- |
| COMPLEMENTO: |  |
| BAIRRO: |  |
| CIDADE: |  |
| UF: |  |
| CEP: |  |

| TELEFONES: |  |
| --- | --- |
| E-MAIL: |  |

| CURSO (S) DE GRADUAÇÃO (especificar área, local onde cursou e data de conclusão): |
| --- |
|  |
| CURSO (S) DE PÓS-GRADUAÇÃO (especificar área, local onde cursou e data de conclusão): |
|  |

| LOCAL (locais) DE TRABALHO  (Nome da instituição, função exercida, endereço completo e telefone): |
| --- |
|  |

| Como quer constar no Catálogo de Psicopedagogos Associados da ABPp-RJ: |
| --- |
|  |

| ÁREA DE ATUAÇÃO: |
| --- |
|  |

| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: |
| --- |
|  |

| Possui trabalhos científicos publicados na área de Psicopedagogia? ( ) sim ( ) não |
| --- |
| Em caso afirmativo, especifique. |
|  |

**AUTORIZAÇÃO:**

**LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES ABAIXO ANTES DE RESPONDER.**

| Autorizo que meu nome e local de trabalho sejam divulgados no Catálogo de Psicopedagogos Associados da ABPp-RJ.  ( ) SIM () NÃO  Autorizo a divulgação da minha imagem nas redes sociais da ABPp-RJ.  ( ) SIM () NÃO |
| --- |

| ( ) Li e estou de acordo com o ESTATUTO DA PSICOPEDAGOGIA.  ( ) Li e estou de acordo com o CÓDIGO DE ÉTICA DO PSICOPEDAGOGO.  ( ) estou ciente dos meus Direitos e Deveres enquanto associado, bem como que devo contribuir anualmente para permanecer adimplente com a Associação.  ( ) estou ciente que para ter acesso aos benefícios da Associação devo estar em dia com a contribuição anual.  ( ) estou ciente que caso não deseje mais fazer parte do quadro de associados devo entrar em contato com a instituição e solicitar meu desligamento. |
| --- |

( ) assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade dos documentos entregues.

