



## Cadastro de Associado

Data:
Local:
Indicado por:
Projeto:

Nome Social / Apelido:		
Nome:		
Endereço:		
	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
RG:	CPF:	
Nacionalidade:	Nascimento: / / ( anos)	
Estado Civil:	Quantidade de Filhos:	
Sexo/Gênero:	Pessoas na Família/Casa:	
Orientação Sexual:		
Raça/Cor:	PCD:	
Profissão:		
Escolaridade (Curso):		
Telefones:		
E-mail:		

### **Formato de Associação / Colaboração:**

<input type="checkbox"/> Voluntariado: <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Doações: <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Contribuição financeira: <input type="checkbox"/> Mensal R\$ 50,00 <input type="checkbox"/> Mensal R\$ 100,00 <input type="checkbox"/> Débito / Crédito <input type="checkbox"/> Dinheiro / Cheque
--	---	---

Declaro que me associei por livre vontade e minha colaboração é espontânea bem como autorizo o a Instituição entrar em contato para viabilizar contribuições financeiras, voluntariado e doações para projetos e ações.

Assinatura:
-------------