



## Carta Proposta para associar-se à AGATEF

Eu, \_\_\_\_\_, formado(a) em \_\_\_\_\_, inscrito(a) no Conselho Profissional sob o número \_\_\_\_\_, venho através desta requerer minha inscrição como associado(a) da AGATEF (Associação Gaúcha de Terapia Familiar) na modalidade abaixo assinalada:

- ( ) Associado Titular  
( ) Associado Aspirante  
( ) Associado Colaborador

Para tanto, preenchi a Ficha de Inscrição de Associados e anexei os seguintes documentos:

- Cópia do Diploma de Graduação;
- Cópia do(s) Diploma(s) de Pós-Graduação;
- Cópia da Carteira do Conselho Regional ou equivalente;
- Cópia do Diploma de Especialização em Terapia Familiar (Titular) ou Certificado de Formação em Terapia Familiar em andamento (Aspirante);

Uma vez aprovada minha proposta, os dados apresentados na Ficha de Inscrição poderão compor o Cadastro Geral da Associação. Comprometo-me ainda a atualizar meus dados sempre que mudanças significativas ocorrerem.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Assinatura

PARA USO EXCLUSIVO DA DIRETORIA DA AGATEF	
	Aprovado em ____/____/____
	Não aprovado em ____/____/____
Observações:	

## FICHA DE INSCRIÇÃO

### Ficha de Inscrição do associado da AGATEF

#### 1. DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Conselho Profissional: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nome do Cônjuge: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. FORMAÇÃO SUPERIOR

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

#### 3. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

#### 4. ESPECIALIDADES NO ATENDIMENTO DE FAMÍLIAS

( ) Terapia de Casal ( ) Terapia de Família ( ) Drogadição/Alcoolismo ( ) Pesquisa

( ) Outros: \_\_\_\_\_

## 5. OUTROS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

## 6. ATIVIDADES PROFISSIONAIS ATUAIS

Local: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Confirmo todos os dados acima descritos.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura