

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:

- Sócio Titular
 Sócio Aspirante
 Sócio 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);
- Duas fotos 2X2

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.

_____, ____ / ____ / ____.

Atenciosamente,

Av. Cristóvão Colombo, 1773 Conj. 403
Bairro Floresta - CEP 90560-004
Fone / Fax: (51) 395.5222
e-mail: agatef@agatef.com.br

FICHA DE INSCRIÇÃO

Ficha de Inscrição do associado da AGATEF

1. DADOS PESSOAIS

Nome:

Inscrição no Conselho Profissional Número:

CPF/CIC Número:

Carteira de Identidade Número:

Endereço Residencial:

Cidade: CEP: Telefone:

Endereço Profissional:

Cidade: CEP: Telefone:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Nome do Cônjuge:

Filiação:

E-mail:

2. FORMAÇÃO SUPERIOR

Curso:

Local:

Período:

Curso:

Local:

Período:

3. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR

Curso:

Local:

Período:

Carga Horária:

Professores:

Curso:

Local:

Período:

Carga Horária:

Professores:

4. ESPECIALIDADES NO ATENDIMENTO DE FAMÍLIAS

Terapia de Casais

Terapia de Família

Drogadição / Alcoolismo

Pesquisa

5. OUTROS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Curso:

Local:

Período:

Carga Horária:

Professores:

Curso:

Local:

Período:

Carga Horária:

Professores:

6. ATIVIDADES PROFISSIONAIS ATUAIS

Local:

Função:

Período:

Local:

Função:

Período:

Local:

Função:

Período:

Confirmo todos os dados acima descritos.

_____, ____ / ____ / ____ .

Av. Cristóvão Colombo, 1773 Conj. 403

Bairro Floresta - CEP 90560-004

Fone / Fax: (51) 395.5222

e-mail: agatef@agatef.com.br