



Secretaria
 Protocolo _____
 Data ___/___/___

FOTO

**ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR
 SECRETARIA GERAL – DADOS CADASTRAIS
 PROPOSTA DE ADMISSÃO – ALUNO OFICIAL PM**

INFORMAÇÕES PESSOAIS - ENDEREÇO

Nome _____

 Posto _____ RE _____ Situação _____
 RG _____ Nasc. ___/___/___
 CPF _____ Sexo _____
 Pai _____ Nasc. ___/___/___
 Mãe _____ Nasc. ___/___/___
 Est. Civil _____ Cid. Nasc. _____ UF _____
 End. Res. _____

 Bairro _____
 Município _____ UF _____
 CEP.: _____
 Tel (res) _____
 Tel (com) _____ Celular _____
 E-mail _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Residencial Comercial

INFORMAÇÕES DO CÔNJUGE E DEPENDENTES

Nome _____
 RG.: _____ CPF.: _____
 Local de Trabalho _____
 Tel.: _____ Tempo _____ ano(s)
 Cargo _____ Renda Mensal _____
 Nasc. ___/___/___ Escolaridade _____
 1-Nome _____
 _____ nasc ___/___/___
 2-Nome _____
 _____ nasc ___/___/___
 3-Nome _____
 _____ nasc. ___/___/___
 4-Nome _____
 _____ nasc. ___/___/___

DEPENDENTES PAGANTES

1-Nome _____

 Parentesco _____ nasc ___/___/___
 RG: _____ CPF: _____
 2-Nome _____

 Parentesco _____ nasc ___/___/___
 RG: _____ CPF: _____
 3-Nome _____

 Parentesco _____ nasc ___/___/___
 RG: _____ CPF: _____

ASSINATURA DO PROPOSTO

DECLARO estar ciente de todas as condições para minha admissão no quadro associativo, nos termos das declarações anexas e demais informações a mim proferidas.

DECLARO, se admitido(a), conhecer e cumprir todas as normas reguladoras desta Associação.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

 PROPOSTO

Em ____/____/____
Do Depto de Secretaria Geral
Ao Diretor Administrativo

Em ____/____/____
Do Diretor Administrativo
Ao Sr. Presidente da Diretoria

RESOLUÇÃO DO PRESIDENTE DA DIRETORIA

Aceita a inscrição no Quadro Social em ____/____/____

Admitir, atendendo aos preceitos estatutários.

Dados do novo associado – Sócio nº _____ Título nº _____

Desconto em folha Boleto bancário

Digitado em ____/____/____ por _____

Carteira Social: _____ Elaborada em ____/____/____

Retirada em ____/____/____ por _____

Observações:

Nome do Médico _____

CRM _____ Data ____/____/____