

## FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO DE COLABORADOR

### ACADEMIA DE GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO

#### Dados de Identificação

<b>Nome:</b>		
<b>Data de Nascimento:</b> /    /	Sexo F ( <input type="checkbox"/> ) M ( <input type="checkbox"/> )	
RG:	CPF:	
Estado civil:		
<b>Endereço:</b>		Número:
Bairro	Cidade	Estado:
CEP:	Tel. Residencial:	<b>Tel. Celular:</b>
E-mail:		

#### Dados Funcionais

Unidade:		
Cargo / Função:		Matrícula:
Endereço:		Número:
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Tel. Comercial:	

#### Declaração

<p><b>Autorizo o desconto mensal em folha de pagamento do valor de R\$ _____</b> ( _____ ), <b>relativo à parcela mensal do colaborador da Fundação Municipal de Saúde de Canoas pelo uso dos serviços do convênio com a Academia MAPI, Unidade Canoas.</b></p> <p>Declaro que estou em boas condições de saúde para as práticas esportivas até o momento.</p> <p>Desde já autorizo a utilização, sem ônus, da minha imagem para campanhas, eventos, publicidades e em veículos de comunicação em geral.</p>
--

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do colaborador: \_\_\_\_\_