

FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE

ACADEMIA DE GINÁSTICA E MUSCULAÇÃO

Dados de Identificação

Colaborador solicitante:	
Unidade:	
Cargo / Função:	Matrícula:
Dependente:	
Nome:	Parentesco:
CPF:	RG:
Data Nascimento:	
Telefone de contato:	

Declaração para autorização de desconto direto em folha de pagamento

Autorizo o desconto mensal em folha de pagamento do valor de R\$ _____
(_____), relativo à parcela
mensal para inclusão de dependente do colaborador da Fundação Municipal de Saúde de
Canoas pelo uso dos serviços do convênio com a Academia MAPI, Unidade Canoas.

Declaro que o mesmo se encontra em boas condições de saúde para as práticas
esportivas até o momento.

Desde já autorizo a utilização, sem ônus, da imagem do dependente para campanhas,
eventos, publicidades e em veículos de comunicação em geral.

Canoas, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do colaborador: _____

Assinatura do dependente: _____