

Proposta Associativa

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ TELEFONE: () _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ RG: _____ E-MAIL: _____

PROFISSÃO: _____

Solicito a minha inclusão e dos meus dependentes no cadastro da INAPROF – Instituto Nacional dos Professores, inscrita no CNPJ sob o nº 01.325.765/0001-64. Declaro estar ciente que a INAPROF é uma entidade dos professores sem fins econômicos e que minha contribuição mensal visa a manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela INAPROF. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou professor(a).

Caso eu venha aderir ao plano de saúde coletivo por adesão através da entidade, solicito que a contribuição associativa seja inserida junto com a cobrança do plano solicitado.

Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo da entidade.

Concordo com a Contribuição Associativa no valor de R\$ 5,00 reais (cinco reais) mensal.

Cópia do RG, CPF, comprovante de residência, comprovante de docência (Contrato de trabalho, CTPS, contracheque inferior a 60 dias, diploma ou certificado).

Assinatura do Associado

Data: ___/___/___



Diretoria Executiva

E-mail: inaprof@elegibilidadebrasil.org

elegibilidadebrasil.org/inaprof

(21) 96470-1758 (whatsapp)