



SINDICATO DOS NUTRICIONISTAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Filiada à  **FNN**

FICHA DE SÓCIO

Nome _____ Data de Nascimento _____

Estado Civil _____ Nacionalidade _____ Naturalidade _____ UF _____

Filiação (Pai e Mãe) _____

Endereço Residencial _____ Nº _____

Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ CEP _____ UF _____

Telef.: Res.: _____ Celular _____ e-mail _____

CTP Nº _____ - Série _____ RG _____

CPF _____

Instituição Concluiu Curso _____

CRN 10 _____ Data de Registro _____ Área de Atuação _____

Local de Trabalho _____

Cidade _____

Telf.: Coml.: _____ e-mail _____

Este ato de filiação implica autorizar, prévia e expressamente, a adição de R\$ 20,00 (vinte reais) mensais ao valor da mensalidade do plano.

Local _____ Data da Associação: _____

Assinatura do Sócio