

REQUERIMENTO

Venho através desta, requerer minha adesão ao quadro associativo desta entidade e após análise e aprovação, autorizo a APCD emitir o documento de cobrança bancária (boleto mensal), cobrando juntamente o Seguro de Responsabilidade Civil.

SÓCIO ACADÊMICO

NOME DO DIRETOR OU SECRETÁRIO DA FACULDADE

CARIMBO E ASSINATURA DA FACULDADE

LOCAL / DATA

/ /

ASSINATURA

APROVAÇÃO DA PROPOSTA – REGIONAL

SECRETARIA DA REGIONAL –DATA DE ENTRADA E VISTO

/ /

DIRETORIA DA REGIONAL –DATA DE ENTRADA E VISTO

/ /

SECRETARIA SOCIAL –APCD CENTRAL –DATA E VISTO

/ /

SECRETARIA GERAL –APCD CENTRAL–DATA E VISTO

/ /