



Ficha Cadastral de Associado Nº _____/_____.

Dados do(a) Associado(a)

Nome Completo		Data Nascimento		
		Dia	Mês	Ano
Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil		
Endereço completo				
	Cidade	CEP		
RG Nº	Órgão Expedidor	Data da Emissão		
		Dia	Mês	Ano
CPF	Telefone Fixo	Celular		
E-Mail				
Profissão	Atividade Artística e/ou Técnica*	Nº de Registro*		
• OMB/CROMB, DRT ou outro Registro Profissional nas Áreas das Artes e/ou produções culturais.				
<p>Eu, Amigo da OFB acima identificado(a), declaro para todos os fins que forem necessários e a quem interessar possa, que tenho pleno conhecimento do inteiro teor dos termos do Estatuto da Associação dos Amigos das Artes de Brasília Brasil – AMABRA; que estou ciente e concordo que a partir desta data passo a integrar o quadro de Associado Sócio Contribuinte () da referida Associação; que as informações preenchidas acima são verdadeiras, cabendo-me as responsabilidades nos termos da Lei; que autorizo o uso do meu nome e/ou do(a) aluno(a) beneficiado(a) com a bolsa gratuita, em imagens fotográficas e/ou videográficas com finalidades específicas de divulgar as atividades sem fins lucrativos de interesses da instituição, em qualquer período que for necessário sem que haja necessidades de outras autorizações.</p> <p style="text-align: center;">Por ser verdade, dato, assino e dou fé.</p> <p style="text-align: center;">Brasília-DF, _____ / de _____ / de _____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>				