



FICHA para INSCRIÇÃO - FÍSICA

(CBM 001) *Registrado®*

FOTO

2X2

ASSOCIADO(A) INSCRITO no CBM/ N°

A Diretoria do Conselho Brasileiro de Auto-Regulamentação da Massoterapia e Afins,

Eu, _____

Nacionalidade: _____ Cidade onde nasceu: _____ UF: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Pai: _____ Mãe: _____

RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____ PIS/PASEP: _____

Inscrição na Prefeitura nº _____ /Alvará (Prefeitura ou Vig. Sanitária) nº _____

Endereço de Residência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones: () _____ E-mail: _____

Endereço de: (Gabinete, Sala ou Espaço Terapêutico) _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Cep: _____ Telefones: () _____

Escolaridade: Fundamental: Médio: Superior:

Formação Terapêutica: _____ Idioma: _____

Atividade: MASSOTERAPEUTA - Especialidade/Técnica: (Indique até 03 (três) Técnicas da Área)

1ª) _____ 2ª) _____ 3ª) _____

Participou de Congressos e ou Seminários: _____ como pode contribuir para a regulamentação da Massoterapia, Massagem e afins s no Brasil? _____ e para o Meio Ambiente? _____

- Venho espontaneamente e voluntariamente requerer a minha **INSCRIÇÃO** como Associado (a) ao **CONBRAMASSO** órgão de caráter Associativo, Organizacional, o qual visa a Normatização, a Auto - Regulamentação e a Ética da Profissão de Massoterapeuta / Massagista e Afins; Para tanto apresento cópias dos documentos exigidos; E declaro ainda sob pena de responsabilidade, que os dados acima estão corretos; E propondo-me seguir as normas do Código de Ética e do Estatuto Social em vigor; E que não possuo antecedente criminal, e não fui definitivamente condenado em qualquer local do País e no Exterior, pela prática de crimes previstos em Lei.
- E neste ato está prévia voluntariamente e expressamente autorizado o recolhimento da contribuição assistencial e da sindical conforme a **Lei nº 13.467 de 13/06/2017** e a **Medida Provisória nº 873 de 01/03/2019** e/ou suas modificações. Estou ciente se eu atrasar o pagamento das Contribuições devidas ao SINATEN fica as mesmas em débito até a quitação. A qualquer tempo posso solicitar a baixa desta filiação, quite com as contribuições, por carta mencionando o(s) motivo (os).
- **Conforme a Lei nº 13.709 de 14/08/2018-Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar o SINATEN a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades de seus Programas, sites, boletins e outros a Oferecer produtos e serviços que sejam do meu interesse por meio de quaisquer canais de comunicação (telefone, e-mail, SMS, WhatsApp, etc.). *Você é livre para recusar a nossa solicitação de informações pessoais. A sua privacidade é importante e não compartilhamos informações de identificação pessoal com terceiros, exceto quando exigido por Lei.*

Cidade: _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do (a) Associado (a).

ANEXAR: 02 fotos 2X2, **CÓPIAS:** do **RG, CPF, DIPLOMA (s) e/ou CERTIFICADO (s) de CURSO (s) com o Conteúdo Programático com a Carga Horária e a Identificação da Instituição e do Ministrante; Conta de: (Luz ou Telefone ou Água);** Inscrição na Prefeitura (**CCM**) e/ou **ALVARÁ** (se Não tiver, providenciar após); **E o Pagamento da Anuidade e taxas.**

CONBRAMASSO – Conselho Brasileiro de Auto Regulamentação da Massoterapia

Rua Nuporanga, 77 Sala 03 - Vila Mariana /São Paulo - SP CEP: 04020-020 Telefone: (11) 5575-5431 – CNPJ: 04.765.115/0001-28.

E-mail: contato@conbramassoconselho.com.br Site: www.conbramassoconselho.com.br *Registrado® Todos os direitos reservados*

Apresentado por: _____

Analisado: _____