



FICHA para FILIAÇÃO

Registrado®

ASSOCIADO (A) CTN / ___ Nº _____

FOTO

2X2

Eu, _____

Nacionalidade: _____ Cidade onde nasceu: _____ UF: _____

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

Pai: _____ Mãe: _____

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

Inscrição na Prefeitura: _____ / Alvará (Vig. Sanitária/Prefeitura) _____

Endereço de Residência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefones:() _____ E-mail: _____

Endereço de atendimento: _____

Escolaridade: Médio Fundamental Superior **Formação Terapêutica:** _____

Atividade: TERAPEUTA NATURISTA - Especialidade/Técnica: (Indique até 03 Técnicas da Área):

_____/_____/_____

Participou de Congressos e ou Seminários: _____ como pode contribuir para a regulamentação das Terapias Naturais no Brasil? _____ e para o Meio Ambiente? _____

- ❖ Solicito a Diretoria do SINATEN minha Filiação para ser associado(a) voluntário(a) e espontânea e apresenta as 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; Informo: 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 contribuição 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(s).
- ❖ **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.

SINATEN - SINDICATO NACIONAL DOS TERAPEUTAS NATURISTAS. CNPJ: 01.267.220/0001-49.

Rua Nuporanga, 77 - Vila Mariana /São Paulo - SP. CEP: 04020-020 Telefone: **(11) 5575-5431** Whatsapp: **(11) 99473-0570**

Site: www.sinaten.com.br E-mail: sinaten@sinaten.com.br

Registrado® Todos os direitos reservados

Apresentado por: _____

Analisado: _____