**PROPOSTA DE FILIAÇÃO**

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

RG: CPF:

Local Nasc.: Data: Estado civil:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefones:

E-mail:

Local de trabalho:

Endereço:

**DADOS ACADÊMICOS** :

**Curso:** Ano de conclusão:

Faculdade: Cidade:

**Curso:** Ano de conclusão:

Faculdade: Cidade:

**Curso:** Ano de conclusão:

Faculdade: Cidade:

**DADOS DA FORMAÇÃO EM FILOSOFIA CLÍNICA**

( ) Filósofo Clínico ( ) Especialista em Filosofia Clínica

Centro de Formação:

Professor Titular responsável:

Está realizando estágio?

( ) Sim – Prof. Supervisor: ( ) Não ( ) Pretendo realizar

Atua como Filósofo Clínico?

( ) Sim. Na cidade ( ) Não ( ) Pretendo atuar

Endereço e telefone do seu consultório, caso aceite sua divulgação pela ANFIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Pelo pressente, solicito minha filiação à ANFIC.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentos necessários: Foto; Fotocópia simples: RG, CPF, comprovante de residência; Fotocópia **autenticada:** diploma da graduação; certificados de formação em Filosofia Clínica.