## PROPOSTA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| RG | CPF |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nascimento – local: | | Data: |  | |
| Endereço: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| CEP | Cidade: | | | Estado: |
| Telefones: | | | | |
| Correio eletrônico: | | | | |

DADOS ACADÊMICOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso 1: | | Ano de conclusão: |
| Faculdade: | Cidade: | |
| Curso 2: | | Ano de conclusão: |
| Faculdade: | Cidade: | |

FORMAÇÃO EM FILOSOFIA CLÍNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [.....] Filósofo(a) Clínico(a) | [.....] Especialista em Filosofia Clínica | | |
| Centro de Formação: | | | |
| Professor Titular responsável: | | | |
| Em realização de estágio: [....] **sim** – Porf.Supervisor: | | [....] **não** | [....] Pretendo realizar |
| Atuação como Filósofo Clínico; [....] **sim** – cidade: | | [....] **não** | [....] Pretendo atuar |

Declaração do Profissional – *Autorizo a ANFIC a divulgar meus dados profissionais, abaixo relacionados, em seus veículos de comunicação, facilitando, desta forma, o acesso àqueles que buscam atendimento filosófico terapêutico ou por Centros de Formação, em suas regiões de origem.*

*Declaro ainda ser de minha responsabilidade os dados informados; em consonância com a Lei n° 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).*

Dados: (EX: Nome, endereço, número filiação, local atendimento, contato).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Pelo pressente, solicito minha filiação à ANFIC.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade: | Data: | Ass.: |