



À Diretoria da Associação Brasileira de Psicopedagogia Seção Minas Gerais - ABPp - MG

REQUERIMENTO PARA ADMISSÃO DE ASSOCIADO À ABPp - MG

Pelo presente, manifesto por vontade própria, meu interesse em compor o quadro associativo da ABPp - Seção Minas Gerais e, para tanto, envio documentos para análise. Declaro estar ciente do prazo (até 30 dias) para que esse processo seja efetivado, inclusive para receber a carteira de associado (documento que comprova a efetiva inclusão como associado) caso os documentos enviados sejam aprovados. Declaro ter conhecimento do Código de Ética do Psicopedagogo e do Estatuto Social da ABPp-MG (disponíveis no nosso site) comprometendo-me ao cumprimento irrestrito do que consta nos textos referidos.

() Responsabilizo-me pelas informações e documentações apresentadas.

() Autorizo, se aprovado, o uso de meu nome, cidade, telefone e e-mail no Site da ABPp-MG.

Nome completo:

CPF:

RG:

Celular: ()

Endereço:

CEP:

Cidade:

UF:

E-mail:

Local / data:

Assinatura:

(Assinar e enviar para: abppminasgerais@gmail.com)