

## 1. Dados Pessoais Proponente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Qualificação: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## 2. Tipo de Associação

Assinale apenas 1 (uma) opção.

(    ) MEMBRO ATIVO

(    ) MEMBRO CORRESPONDENTE

(    ) MEMBRO ATIVO FUNDADOR

(    ) MEMBRO HONORÁRIO

(    ) MEMBRO ATIVO TITULAR

(    ) MEMBRO REMIDO

(    ) MEMBRO ASPIRANTE

(    ) MEMBRO COLABORADOR

(    ) MEMBRO ASSOCIADO

(    ) MEMBRO ACADÊMICO

## 3. Curriculum Vitae resumido

Graduação/Instituição: \_\_\_\_\_

Ano da Formatura: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão da Pós: \_\_\_\_\_

## 4. Recomendação (Membro Ativo SBNPed)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## 5. Recomendação (Membro Ativo SBNPed)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## 6. Declaração

Eu confirmo que as informações acima são corretas e estou de acordo com as regras estatutárias e regimentais, da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica.

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data