



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE: _____

CONTRATADO: FMABC () FUABC () RE: _____

CATEGORIA FUNCIONAL: _____

DEPARTAMENTO OU DISCIPLINA: _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo a Fundação do ABC a descontar 2 % (dois por cento) de meus salários, em folha de pagamento, a título de doação ao NEPAS-Núcleo de Estudos, Pesquisa e Assessoria à Saúde.

Santo André, _____ de _____ de 20____

Assinatura