

AUDITOR ESTADUAL DE CONTROLE EXTERNO DO TCM-BA
FORMULÁRIO DE **ADMISSÃO DO ASSOCIADO**

Nº DE INSCRIÇÃO:

Solicito a inclusão de meu nome no quadro de associados da **Associação Baiana dos Auditores de Controle Externo do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia.**

DADOS PESSOAIS

Nome: Estado Civil:
CPF: Data de Nascimento:
Nacionalidade: Naturalidade: Sexo:
RG: Órgão:
End. Residencial:

CEP: Bairro: Cidade:
E-mail pessoal:
Telefone Res.: Celular: Celular:

DADOS FUNCIONAIS:

Cargo: Situação Funcional: Cadastro:
End.:
CEP: Bairro: Cidade:
E-mail Institucional:
Telefone:

Declaro estar ciente e de acordo com as regras do Estatuto da Associação.

Autorizo que a cobrança da contribuição mensal, prevista no **inciso I do Art. 22 do Estatuto**, seja efetuada por débito em minha conta-corrente ou por desconto direto em meus vencimentos na folha de pagamentos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura: