



fotografia
3 x 4

Nº Controle de Membro:

FICHA DE FILIAÇÃO – MEMBRO FILIADO EFETIVO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____
Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Filiação: Pai: _____
Mãe: _____
RG nº: _____ Emitido por: _____ em: _____
C.P.F nº: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Rua: _____ Nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade/UF: _____

DADOS DA FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE

Instituição onde se formou e/ou realizou percurso em Psicanálise: _____ Data do
Início e “conclusão” da sua Formação e/ou percurso em Psicanálise: _____
– _____ Contatos da Instituição (Endereço /Telefone e e-mail) _____
_____ Nome do analista que fez sua análise pessoal e contato:
_____ Telefone: _____
Quanto tempo que você tem de atuação como Psicanalista: _____ Possui consultório, e
em que local: _____
Mantém a realização de suas análises: _____

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Acompanhamento Interno)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fotocópia da carteira de Identidade | <input type="checkbox"/> Declaração do Analista e/ou Declaração próprio punho |
| <input type="checkbox"/> Fotocópia do C.P.F. | <input type="checkbox"/> Termo de Compromisso |
| <input type="checkbox"/> Fotocópia de comprovante de residência | <input type="checkbox"/> Pagamento da Taxa de Identidade de associado/psicanalista |
| <input type="checkbox"/> Duas fotografias 3 x 4 | <input type="checkbox"/> Xerox autenticada do diploma da graduação |
| <input type="checkbox"/> Pagamento da primeira anuidade | <input type="checkbox"/> Xerox autenticada do histórico da graduação |
| <input type="checkbox"/> Xerox autenticada do histórico da Formação em Psicanálise | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Xerox autenticada do certificação da Formação em Psicanálise | <input type="checkbox"/> |

Local e Data: _____ - ____ / ____ / ____

assinatura do afiliado