



TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, _____,
Nacionalidade _____, estado civil _____,
Profissão _____, RG _____, CPF
_____, CRM _____, endereço profissional
_____ e e-mail
_____, venho requerer a minha filiação como
associado na categoria _____ na Associação Brasileira de
Psiquiatria (ABP), localizada na Rua Buenos Aires, 48, terceiro andar CEP: 20070 – 022,
Centro, Rio de Janeiro.

Ao assinar este instrumento, declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da
Associação, bem como dos direitos e dos deveres impostos aos membros desta
Associação.

Declaro para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e
documentos que apresento para filiação relacionados são verdadeiros e autênticos.

_____, ____/____/____.

Assinatura do(a) requerente