



FOTO

**Formulário de Inscrição  
de Associado**

Nome:																									
Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino		Você é? ( ) Graduado ( ) Acadêmico, semestre: ____																							
Nº Inscrição no Crefito:						Região do Crefito																			
RG:						CPF:																			
Nascimento:						Escolaridade:																			
Tel Residencial ( )						Celular ( )												Comercial ( )							
E-mail																									
Faculdade/Universidade																									
Formação em Dry Needling? ( )sim ( )não												Formação em Acupuntura? ( )sim ( )não													
Em qual instituição obteve sua formação?																									
Tel. da instituição ( )												Carga Horária do Curso													
Endereço Residencial																									
Logradouro:																									
Número:						Complemento/Sala/Apto:																			
Bairro:												CEP:													
Cidade:																									

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Me responsabilizo pelas informações aqui prestadas com fidelidade e veracidade, sob as penas da lei.

NÃO PREENCHA >>>>Apenas Para Preenchimento Institucional <<<<< NÃO PREENCHA

<< PARECER DA DIRETORIA >>

( ) APROVADO NA DATA DE :

( ) N.A. PELO MOTIVO DE:

**Associação Brasileira de Dry Needling**

Secretaria Geral da ABRA NEEDLING Fone (51) 37975866

www.dryneedlingbrasil.com.br

E-mail: dryneedling@sbrto.com.br

Endereço: Rua Juíz de Fora, 349, bairro Ideal - Novo Hamburgo / RS