

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 dos Auditores de Controle Externo do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia – **AudTCM/BA**.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

End. Residencial: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone _____ Res.: Celular: _____

DADOS FUNCIONAIS:

Cargo: _____ Matrícula: _____

End.: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone C.: _____ Situação Funcional: _____

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: _____