



3/SC - PADRE PEDRO BARON

Ficha de registro individual

ASSOCIADO BENEFICIÁRIO

Nome completo:

Sexo: _____ Natural de: _____ UF: _____

Masculino Feminino

Data de nascimento: _____ Escolaridade: _____

_____/_____/_____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: _____ Tel. Comercial: _____ Tel. Celular: _____

E-mail (importante): _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Clube de serviço: _____

Religião: _____

RESPONSÁVEL LEGAL E ASSOCIADO CONTRIBUINTE

Nome completo do responsável:

Parentesco: Pai Mãe Tutor

Sexo: _____ Natural de: _____ UF: _____

Masculino Feminino

Data de nascimento: _____ Escolaridade: _____

_____/_____/_____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: _____ Tel. Comercial: _____ Tel. Celular: _____

E-mail (importante): _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Autorizo a União dos Escoteiros do Brasil (UEB) EM TODOS OS SEUS NÍVEIS, sociedade civil sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.788.431/0001-13, com sede na Rua Coronel Dulcídio, bairro Água Verde, Curitiba - PR, CEP 80.250-100, a utilizar-se das imagens e voz minha, ou daquele que represento ou assisto, para a edição de filmes e fotos, outorgando-lhe todos os direitos de imagem relacionados, para qualquer tipo de divulgação, publicidade e veiculação em todos e quaisquer meio de comunicação, a exclusivo critério da União dos Escoteiros do Brasil, que poderá, ainda, reproduzir, editar, introduzir no mercado, armazenar, distribuir, executar, transmitir, criar trabalhos derivados e baseados nas imagens e informações disponibilizadas, para finalidade editorial, comercial, promocional, educacional, institucional, publicitária e todas as outras formas que venham a ser passíveis de utilização.

Os associados beneficiários e contribuintes declaram que conhecem e concordam em cumprir a regulamentação interna da União dos Escoteiros do Brasil.

Declaro que as informações acima foram por mim prestadas e são de minha inteira e total responsabilidade, especialmente o conteúdo e especificações descritos na ficha médica.

_____/_____/_____

Associado Beneficiário

Associado Contribuinte/Escotista/Dirigente/Colaborador