Data de Preenchimento: / /

# Dados Pessoais

|  |
| --- |
| Nome: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: |
| Identidade: | CPF: |

**Endereço para Correspondência**

|  |
| --- |
| Endereço: |
| Número: | Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: | Cep: |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: |

**Graduação em curso**

|  |
| --- |
| Instituição: |
| Ano Ingresso: | Período/Série: |

**O Estudante acima qualificado vem requerer a sua inscrição como Sócio Estudante junto ao IBA – Instituto Brasileiro de Atuária, responsabilizando-se pelas informações prestadas e ciente de que qualquer alteração deverá ser informada ao IBA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da ocorrência.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura

**Deferimento**

 / /

Diretor

 / /

Presidente

EIBA Nº em : / /