Data de Preenchimento: / /

# Dados Pessoais

|  |
| --- |
| Nome: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: |
| Identidade: | CPF: |
| Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS – Nº | Série: |
| Nome da Mãe: |

**Endereço para Correspondência**

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

**Área de Atuação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Acadêmica | ( ) Previdência Social | ( ) Resseguro |
| ( ) Capitalização | ( ) Previdência Complementar Aberta | ( ) Saúde |
| ( ) Investimentos | ( ) Previdência Complementar Fechada | ( ) Seguros |
| ( ) Fiscalização |  ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Graduação em Ciência Atuariais**

|  |
| --- |
| Instituição |
| Data da colação de grau: |

**Declaro serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas:**

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

Assinatura

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO[[1]](#endnote-2)

|  |
| --- |
| Nome: |

O Bacharel em Ciências Atuariais acima qualificado vem requerer a sua inscrição como Sócio Membro 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.

 , / / .

Local e data

Assinatura

Deferimento

 / /

Diretor

 / /

Presidente

AIBA Nº em : / /

1. O Requerimento deve ser encaminhado acompanhado da documentação indicada no site do IBA e ficha cadastral preenchida e assinada [↑](#endnote-ref-2)