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 : / /