



## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

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

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Deferimento

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Diretor

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

AIBA Nº \_\_\_\_\_ em : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_