



REQUERIMENTO

DE

CONVÊNIO

**ABIL** CURSOS PROFISSIONALIZANTES

**(1) DADOS DO ALUNO:**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

GRAU DE RELACIONAMENTO:

(  ) FUNCIONÁRIO (  ) ASSOCIADO/MEMBRO (  ) DEPENDENTE LEGAL(\*)

**(\*) caso seja dependente preencher obrigatoriamente no item 2, nome funcionário/membro.**

Declaro estar ciente de que:

- a) Não é permitido o acúmulo entre dois convênios
- b) O percentual de desconto será de acordo com o Contrato firmado.
- c) O desconto é válido para parcelas quitadas até a data de vencimento.

Assinatura do Aluno

Assinatura Responsável Legal

**(2) DADOS DA EMPRESA:**

CÓDIGO(uso ACIC) \_\_\_\_\_ CNPJ Nº \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME DO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_

*Declaro para os devidos fins que as informações citadas acima são verdadeiras.*

Assinatura Proprietário/Responsável

Carimbo do CNPJ

**(3) PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDL DE CAPIVARI:**

Declaramos a ABIL, que a pessoa física/pessoa jurídica citada acima é associada desta entidade.

Assinatura ACIC

Carimbo do CNPJ

*Após preenchimento, entregar o requerimento no Atendimento da ABIL, Rua Barão do Rio Branco, 252*

Capivari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(4) PARA USO DA ABIL:**