



Missão da Abrace: Promover o desenvolvimento integral das pessoas com deficiência intelectual, oferecendo meios e serviços que propiciem sua inclusão na sociedade, a melhoria da qualidade de vida e a cidadania.

## CADASTRO DE VOLUNTÁRIO

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		NATURALIDADE:
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL:	
R.G.:	C.P.F.:	
ENDEREÇO:		
		BAIRRO:
CEP:	CIDADE:	UF:
TEL. RESIDENCIAL:	TEL. CELULAR:	
E-MAIL:		
PROFISSÃO:		
COMO CONHECEU A ABRACE:		
INFORMAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO VOLUNTÁRIA: COMO GOSTARIA DE ATUAR:		
HORÁRIOS DISPONÍVEIS PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO:		

Declaro que os dados acima fornecidos são verdadeiros.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Organização Social

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.