



CLUB ATHLETICO PAULISTANO

DADOS DO ACOMPANHANTE E DOCUMENTAÇÃO

Babá

Enfermeiro

Outros (especificar profissão) _____

Ex. Associados(as) – Justificar saída _____

Masculino Feminino

CADASTRO DE EMPREGADO DE ASSOCIADO ANEXO I

DADOS DO EMPREGADO E DOCUMENTAÇÃO

Nome: _____

Endereço Residencial: _____ - CEP: _____

CTPS nº _____ série _____

RG nº: _____ CPF/MF nº: _____

Telefone nº _____ Celular nº _____

Nome do Empregador: _____

Observação: anexar cópias dos documentos.

DEPENDENTES DO ASSOCIADO A SEREM ACOMPANHADOS

Nomes:

_____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

_____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

_____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

- Criança menor de 12 anos
- Pessoas com deficiências ou necessidades especiais
- Idoso mais de 60 anos

RESPONSABILIDADES DO ASSOCIADO

Li e recebi cópia da RN-013/06, declaro estar de acordo e me responsabilizar pelo cumprimento das normas e de todas as restrições impostas, sob a forma de Concessão Precária de Autorização de Credenciamento de meu empregado, para acesso e permanência no CAP.

Declaro estar ciente quanto à obrigatoriedade do uso do uniforme BRANCO, independentemente da função que o(a) funcionário(a) exerce, crachá e dos demais preceitos que regulamentam a frequência de empregados de associados no CAP.

Em caso de dispensa deste empregado, comprometo-me a informar o CAP, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis da data da dispensa, além de devolver o crachá ou esclarecer sobre seu paradeiro.

Declaro assumir total responsabilidade pelos atos praticados nas dependências do CAP por meu empregado, assim como por danos por ele causados.

Declaro que o acompanhante não possui nenhuma relação familiar comigo ou com meus dependentes.

Nome do Associado: _____ Nº Título: _____

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Associado: _____