



ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS EM ATIVIDADE
DO FISCO PAULISTA

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO AUDFIP

E-mail:

CPF:

Nome completo:

Data de Nascimento:

DRT/Diretoria:

Nº de Celular / Whatsapp (com DDD):

Concurso de entrada (escolha a opção):

☐ 2013	☐ 2009	☐ 2006	☐ 2002	☐ 1998	☐ 1994	☐ 1986	☐ Outro:
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Quantos dependentes você possui?

Qual plano de saúde você possui (escolha a opção)?

☐ Amafresp	☐ Não possuo	☐ Outro:
-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Você está inscrito na Prevcom (escolha a opção)?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

Você possui seguro de residência (escolha a opção)?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

Você possui seguro de veículo (escolha a opção)?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

Assinatura Digital

Favor encaminhar esta ficha de inscrição (assinada digitalmente) para o e-mail **contato@audfip.com.br**