SINDICATO DOS PROFISSIONAIS DE DANÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Av. Presidente Vargas, 583 B Salas 2206 e 2207 - Centro | Tel/Fax: 2531-7541 | 22245913
CEP: 20071-003 - Rio de Janeiro - RJ | www.spdrj.com.br | sindicato @spdrj.com.br
CNPJ: 27.287.614/0001-52

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE MENOR

Eu_____, Nacionalidade _____, Estado Civil _____, Profissão_____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente na _____, nº _____, apto. _____, Bairro _____, Cidade_____, CEP_____, AUTORIZO meu (minha) filho (a) _____, Nacionalidade_____, Estado Civil_____, Profissão_____, a participar das PROVAS/ ANÁLISES ONLINE, para obtenção do registro profissional, pelo Sindicato dos Profissionais da Dança do Estado do Rio de Janeiro, estando ciente das condições necessárias previstas no regulamento.

Rio de Janeiro,_____de_____de 2025.

_____
Assinatura e CPF (responsável)