



COPA ITAMED TRABALHADORES DA SAÚDE 2019

Nome da Equipe _____

Responsável _____ Telefone: _____

| ORD | NOME DO ATLETA | RG | LOCAL TRABALHO |
|-----|----------------|----|----------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |

| NOME ATLETA NÃO PERTENCENTE Á ÁREA DA SAÚDE | RG | TELEFONE |
|---|----|----------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Inscrição mínima da 10 atleta.

Ficha de inscrição deve ser baixada pelo site. <http://sindsaudefoz.com.br/>

Cópia do documento com foto de todos os atletas.

Pen-drive com foto dos atletas. **(SERÁ DEVOLVIDO AO FIM DAS AVERIGUAÇÕES)**

Obs: Identificar cada arquivo com o nome da foto do atleta inscrito.

Taxa de inscrição:

R\$ 350,00 a equipe.

- ***Data para entrega de toda a documentação; dia 02 de agosto de 2019 na Sede do sindicato.***

Assinatura do representante da Equipe. _____

Data. ____/____/____