



Fundação Dr. João Penido Burnier
CNPJ 46.064.283/0001-39 Inscrição Municipal: 11549-4
Rua Dr. Mascarenhas, nº 249 Bairro Botafogo
Campinas/SP CEP: 13.013-075

TERMO DE ADESÃO PARA ESTÁGIO OBSERVATÓRIO EM OFTALMOLOGIA

VOLUNTÁRIO

NOME:.....
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE:
ÓRGÃO EXPEDITOR: **DATA EXPEDIÇÃO:**
CPF:.....**DATA NASCIMENTO:**
NATURALIDADE:.....**NACIONALIDADE:**.....
FILIAÇÃO – PAI:.....**MÃE:**.....
DOMICÍLIO:.....**BAIRRO:**.....
CIDADE:**UF:**.....**CEP:**
E-MAIL:
TELEFONES PARA CONTATO:.....
PERÍODO VIGENTE:.....

A **FUNDAÇÃO DR. JOÃO PENIDO BURNIER**, localizada em Campinas, estado de São Paulo, na Rua Dr. Mascarenhas, nº 249, Bairro Botafogo, inscrita no CNPJ 46.064.283/0001-36, neste ato representada nos termos previstos em seu Contrato Social.

O trabalho voluntário a ser desempenhado junto a esta Instituição, de acordo com a Lei n. 9.608 de 18/02/98 é atividade não remunerada, com finalidades educacionais, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

Declaro estar ciente da legislação específica e aceito atuar como Estagiário Observador Voluntário nos termos do presente Termo de Adesão. Minha permanência tem o custo de R\$ 300,00 por semana, destinado ao Centro de Estudos.

Campinas,..... de..... de

VOLUNTÁRIO

Dr. Kleyton Barella
PRESIDENTE