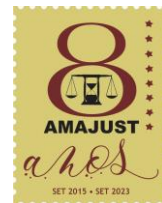




# ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS APOSENTADOS DA JUSTIÇA DO TRABALHO



## FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:

CPF:

RG:

Endereço:

Nº Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

E-mail:

Data de aniversário:

Tel residencial ( ) Operadora

Tel comercial ( ) Operadora

Celular ( ) Operadora

- Autorizo envio de boleto.

Data:

---

**Assinatura**