



FICHA CADASTRAL DO PROFISSIONAL (PARCEIRO VOLUNTÁRIO)

NOME:		DATA:
RG:	CPF:	Data de Nascimento:
PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	
ENDEREÇO:		
CIDADE:	ESTADO:	CEP:
E-MAIL:		
TELEFONE:	CELULAR:	
EMPRESA ONDE TRABALHA:		
ÁREAS DE INTERESSE: _____		
HORÁRIOS DISPONÍVEIS:		
DIAS DA SEMANA:		
<i>Já trabalhou como Voluntário alguma vez?</i> <i>Se SIM, em que área:</i>		
OBS: _____		

CONDIÇÕES GERAIS

- O trabalho voluntário a ser desempenhado junto o Instituto Abraço de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, transcrita no verso, é atividade espontânea, não remunerada, e não gera vínculo empregatício, nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.
- Compete ao Voluntário participar das atividades e cumprir com empenho, comprometimento e interesse a função estabelecida.
- Será de inteira responsabilidade do voluntário qualquer dano ou prejuízo que vier a causar a Instituto Abraço
- O Voluntário isenta a Instituto Abraço de qualquer responsabilidade referente a acidentes pessoais ou materiais, que por ventura, venham a ocorrer no desempenho de suas atividades.
- O desligamento do Voluntário das atividades do Instituto Abraço poderá ocorrer a qualquer momento, bastando apenas o desejo expresso de uma das partes.
- As despesas decorrentes de sua atividade voluntária serão ressarcidas desde que autorizadas antecipadamente pelo Instituto Abraço.
- O presente Termo de Adesão estará em vigor até o final do presente ano, quando deverá ser renovado, caso seja de interesse de ambas as partes.
- Declaro estar ciente da Legislação específica, normas e procedimentos da organização social e que aceito atuar como voluntário conforme este Termo de Adesão.

Data: _____

De acordo:

Assinatura do Voluntário ou Responsável

Assinatura do Coordenador de Voluntários da Organização