

**CADASTRO DE PROFISSIONAIS PARA REGISTRO DE
IMAGENS NO CAMPUS USP "LUIZ DE QUEIROZ"**

Nº: _____ Data de Preenchimento: __/__/_____

Categoria: () Profissional () Amador

Tipo de Registro: () Fotografia () Filmagem

Observação: _____

Titular:

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/_____

RG: _____ CPF _____

Endereço para correspondência e contato:

Rua/ Av: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefones de contato: _____ / _____

E-mail: _____

Empresa/ Estúdio: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Se Autônomo Inscrição Municipal: _____

Auxiliares:

Nome: _____ RG: _____ Fone: _____	Nome: _____ RG: _____ Fone: _____	Nome: _____ RG: _____ Fone: _____
--	--	--

Nº Cadastro: _____ Nome: _____

Continuação de Auxiliares:

Nome: _____ RG: _____ Fone: _____	Nome: _____ RG: _____ Fone: _____	Nome: _____ RG: _____ Fone: _____
---	---	---