Requerimento de Transferência de Matriculado

Versão 2024

O matriculado abaixo qualificado requer sua transferência de acordo com o Regulamento de Transferência da CBTE

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | Código CBTE |
| Naturalidade | Data Nascimento\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Identidade | CPF |
| Nome do Pai | Nome do Mãe |
| Estado Civil | Telefone Residencial | Telefone Comercial | Celular |
| E-mail |
| Endereço Completo |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Data do Pedido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **FEDERAÇÃO DE ORIGEM** |
| Estado | Nome da Federação |
| Parecer |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Responsável |
| **CLUBE DE ORIGEM** |
|  |
| **FEDERAÇÃO DE DESTINO** |
| Estado | Nome da Federação |
| **CLUBE DE DESTINO** |
|  |
| **CONFEDERAÇÃO (NÃO PREENCHER)** |
| Atleta Adimplente ( ) Sim ( ) Não Federação de Destino Adimplente ( ) Sim ( ) NãoParecerData: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Responsável |

Este formulário deve ser enviado para CBTE para o e-mail cadastro@cbte.org.br, ou entregue diretamente no endereço abaixo, juntamente com a declaração de regularidade com a Federação de destino.