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 ( ) Não  Parecer  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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.