



Associação Brasileira de
Ouvidores / Ombudsman

Data da Adesão

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO MOVIMENTO DE PREVENÇÃO E COMBATE AOS ASSÉDIOS

1 – Dados da Instituição Aderente

Nome Fantasia:

Endereço:

Número: Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

DDD Telefone:

DDD

Outro Telefone (comercial, celular):

Data de Constituição:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Registro na Junta Comercial ou Cartório

Número de Colaboradores

Site:

Setor Empresarial a que se integra:

3 – Representante Legal da Empresa/Entidade

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

RG:

CPF:



Associação Brasileira de
Ouvidores / Ombudsman

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO MOVIMENTO DE PREVENÇÃO E COMBATE AOS ASSÉDIOS

--	--

4 – Representante Instituição para reportar as iniciativas/comunicações relativas ao movimento junto à ABO

Nome:	Nacionalidade:

Estado Civil:	Profissão:

RG:	CPF:

E-Mail:	Assinatura Titular :

5 – Representante Suplente da instituição perante a ABO:

Nome:	Nacionalidade:

E-Mail:	Assinatura suplente :

--



Associação Brasileira de
Ouvidores / Ombudsman

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO MOVIMENTO DE PREVENÇÃO E COMBATE AOS ASSÉDIOS

7 – Qual órgão da instituição será responsável pelo atendimento às questões relacionadas à prática de assédios:

1. () Ouvidoria; 2. () Comitê de Ética; 3. () RH; 4. () Serviços ou núcleos de assistência aos colaboradores

9 - Assinatura do Representante Legal da Empresa/Entidade
