

ATUALIZAÇÃO ANUAL DA COLETA DE DADOS DO ASSOCIADO



Localização do Grupo Regional de Associados:

Nome: _____ Data de nascimento:
(Mês/Dia) _____

Endereço: _____

Celular: _____ Telefone fixo: _____

Email: _____

**** Forma Preferida de Comunicação: (Telefone/SMS/Email/WhatsApp) _____**

Situação Atual: _____ Associado Ativo _____ Associado Estendido _____ Interessado

Contato de Emergência:

Nome _____ Relacionamento _____

Telefone _____ Email _____

Estilo Preferido de Reunir: ____ Pessoalmente ____ Zoom ____ Híbrido

Mudanças significativas na vida que você gostaria de compartilhar, como perda de um membro da família, mudança, problema de saúde, etc.:

Há outra coisa que você gostaria que soubéssemos sobre você ou seus ministérios? habilidades, dons, talentos, experiências educacionais, treinamento, etc.?

Há alguma dúvida ou sugestões,direcionadaaos Codiretores Associados que você gostaria de fazer e que possam nos beneficiar como Associados que buscam viver nossa Missão, Visão, Valores Fundamentais e Carisma dasIFA?

Assinatura

Data

Revisado 16/4/2024