

AGET FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE

**CERTIFICADO DE FILIAÇÃO**

**Envie este formulário para seu Representante Regional da AGET para revisão.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **País** | **Nome da Escola** | **Linguagem do**  **Certificado** | **Missionário/Nome de Contato** | **AGET**  **Membro Desde** |
|  |  | En  Fr Sp  Pt |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Método de Envio** | **Endereço de Envio/Instruções *\*Se outro do que o Pacote de Correspondência do Missionário*** | **Telefone do Enviado** |
| Pacote de Correspondência   de Missionário  FedEx  DHL  Outros: |  |  |

***\*\* Para Uso Exclusivo da Administração da GATS \*\****

**\*** ***Representante Regional da GATS, após sua aprovação, encaminhe para:***

[jpoitras@upci.org](about:blank) e [bradethompson@aol.com](about:blank).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Revisado pelo  Representante Regional da GATS | Revisado pelo  Diretor do programa | Ok para Imprimir | Data de Recebimento | Data de Impressão | Data de Envio |
|  |  |  |  |  |  |