

Proposta de Associação

Referência: _____ Data: ____/____/____

Categoria: () Mt. Bacharel () Mt. Especialista (x) Mt. Estudante () Colaborador



Nome: Alexandre Roberto Lazzarini

Nascimento: (18/03/1975):

Nacionalidade: Brasileiro

RG (e órgão emissor): 24650896-6 SSP

CPF: 247252408-00

Endereço para Correspondência e Dados de Contato

Rua/Av/Alameda: Rua Eugênio da Silva, 06

Complemento:

Bairro: Vila Rosa

Cidade: São Paulo

UF (Estado): Sp

CEP: 02378-080

Telefone 1 (incluindo DDD): 11-991191108

Telefone 2 (incluindo DDD): 11-983108838

Email (escreva legível): alexandre_lazzarini@yahoo.com.br

Website:

Formação Acadêmica

Nome da IES: FMU-Faculdades Metropolitanas Unidas

Título: Musicoterapeuta

Local (cidade, estado): São Paulo-SP

Ano de Conclusão: 2015

(se estudante, ano previsto de conclusão)

Título TCC: Musicoterapia na prevenção e reabilitação de estresse no ambiente de trabalho

Se "Profissional" descreva as atividades principais desenvolvidas:

1 IES: Instituição de Ensino Superior: Musicoterapia aplicada na prevenção e reabilitação de estresse no ambiente de trabalho