

ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE CABREÚVA

Ficha de adesão nº _____ Obs.: _____

Associado

Nome: _____		
RG: _____	CPF: _____	Data nascimento: ____/____/____
Sexo: _____	Estado civil: _____	Função: _____ local de trabalho: _____
Telefones: trabalho: _____ residência: _____ celular: _____		
Endereço: _____ nº _____		
Complem: _____	Bairro: _____	cidade: _____ CEP _____ - _____
Nome da mãe: _____		

Dependentes

Nome: _____		
CPF: _____	Sexo _____	Nasc ____/____/____ grau de parentesco _____
Nome da mãe: _____		

Nome: _____		
CPF: _____	Sexo _____	Nasc ____/____/____ grau de parentesco _____
Nome da mãe: _____		

Nome: _____		
CPF: _____	Sexo _____	Nasc ____/____/____ grau de parentesco _____
Nome da mãe: _____		

Nome: _____		
CPF: _____	Sexo _____	Nasc ____/____/____ grau de parentesco _____
Nome da mãe: _____		

Ao assinar esta ficha estou autorizando o desconto mensal associativo em folha de pagamento, de 0,5% (meio por cento) sobre meu salário base, conforme normas estatutárias.

Cabreúva, ____/____/____

Assinatura do Funcionário Associado