TERMO DE FILIAÇÃO

( ) Novo associado ( ) Atualização

Favor preencher com letra de forma e legível.

Data de filiação na Ascefet:			20	TAD: ( )Sim ( )Não

Nome completo sem abreviaturas | CPF

Siape (Sigepe) | **Liberação Sigepe : ( ) Confirmada**
A Liberação da consignação pelo Sigepe é obrigatória conforme Art.7º estatuto. Através dela será enviada a cobrança de mensalidade de sócio direto no contracheque, equivalente a 1,15% do salário base do associado.

RG - Identidade | Data de expedição | Órgão expedidor

Data de Nascimento | Sexo ( )Masculino ( )Feminino | Formação ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio ( ) Superior incompleto ( ) Superior ( ) Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outra

Telefone Residencial ( ) | Telefone celular ( ) | Outro telefone: ( )

Situação
( )Técnico-administrativo ativo ( )Professor ativo ( )Pensionista
( )Técnico-administrativo inativo ( )Professor inativo ( )Outra:

Você possui filhos? ( ) Sim ( ) Não

Estado civil ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Desquitado / divorciado ( ) Outro:

Já foi associado? ( ) Sim ( ) Não

Nome do companheiro (a)

Nome do Pai | Nome da Mãe

E-mail

Endereço residencial | Nº | Complemento

Bairro | CEP

Cidade | UF

Departamento/Setor | Campus

Telefone do local de trabalho ( ) | Cargo | Servidor desde ____ /_____

DEPENDENTE: Nome | CPF

Data nascimento | RG Identidade | Parentesco: □ Filho (a) □ Companheiro (a) □ Pai □ Mãe □ Outro

DEPENDENTE: Nome | CPF

Data nascimento | RG Identidade | Parentesco: □ Filho (a) □ Companheiro (a) □ Pai □ Mãe □ Outro

DEPENDENTE: Nome | CPF

Data nascimento | RG Identidade | Parentesco: □ Filho (a) □ Companheiro (a) □ Pai □ Mãe □ Outro

Entregar junto com esse termo, xerox dos documentos: contracheque atual; Liberação da consignação Sigepe, Identidade; CPF; comprovante de endereço (Água, Luz, Telefone) conforme citado nesta ficha caso diferente do contracheque. Seguro de vida/Auxilio válido após 30 dias de filiado.

Autorizo o desconto da minha mensalidade de sócio no contracheque. Atesto que todas as informações acima são verdadeiras. Declaro ter pleno conhecimento e aceitação das cláusulas constantes no estatuto social. Comprometo-me a permanecer associado no mínimo 06 (seis) meses após a data de filiação.

Local: _____ ,_____ de _____ de 20_____.

Conferência e recebimento Ascefet: _____
Data: ____/____/_____

Assinatura associado: _____

1 - Lançamento Dados Cadastrais Ascefet: ____/____/_____
2 - Pedido das carteiras Ascefet/Seguro: ____/____/_____
3 - Envio para arquivamento Ascefet: ____/____/_____

*** Inclusão no Seguro de Vida/Aux. Funeral:** ____/____/_____
Assinatura: _____

Assinatura: _____

Av. Amazonas, 5253 - Sala 234 - Nova Suíça – Belo Horizonte - MG – CEP 30480-000
Telefax: (31) 3334-1933 / 3371-2518 - www.ascefetmg.org.br