

Favor preencher com letra de forma e legível.

Para uso da associação DATA INICIAL:

Nome completo sem abreviaturas

Siape

Telefone Residencial

Telefone celular

Outro telefone:

()

()

()

Situação

() Técnico-administrativo ativo () Professor ativo () Pensionista

() Técnico-administrativo inativo () Professor inativo () Outra:

E-mail

Motivo da desfiliação:

Local: _____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura: _____

PARA USO DA ASCEFET:

O associado possui alguma pendência com a ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO

Exclusão do cadastro geral de associados da ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO

Exclusão do Seguro de Vida e Auxílio Funeral?

SIM

NÃO

VISTO

Possui alguma pendência com o plano de saúde na ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO

OBSERVAÇÕES:

Declaro que estou ciente e concordo que as informações fornecidas neste formulário sejam coletadas, armazenadas, utilizadas e, quando necessário, compartilhadas pela ASCEFET exclusivamente para a execução de finalidades administrativas e estatutárias, conforme previsto no Estatuto Social e na legislação aplicável. A ASCEFET se compromete a tratar os dados em conformidade com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a confidencialidade, a integridade e a proteção contra acessos não autorizados ou situações de uso indevido.

DESFILIAÇÃO APROVADA EM: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DA ASCEFET