

( ) 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)  | <b>Liberação Sigepe : ( ) Confirmada</b><br>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<br>( ) Masculino ( ) Feminino  | Formação<br>( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio ( ) Superior incompleto<br>( ) Superior ( ) Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outra                             |                      |
| Telefone Residencial<br>( )   | Telefone celular<br>( )   | Outro telefone:<br>( )  |                      |
| Situação<br>( ) Técnico-administrativo ativo ( ) Professor ativo ( ) Pensionista<br>( ) Técnico-administrativo inativo ( ) Professor inativo ( ) Outra: |   | Você possui filhos?<br>( ) Sim ( ) Não  |                      |
| Estado civil<br>( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Desquitado / divorciado ( ) Outro:  |   | Já foi associado?<br>( ) 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<br>( )  | Cargo   | Servidor desde<br>___ / ___   |                      |
| DEPENDENTE: Nome  |   | CPF   |                      |
| Data nascimento   | RG Identidade   | Parentesco:<br><input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro |                      |

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.

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.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura associado: \_\_\_\_\_