



FICHA DE FILIAÇÃO

Servidor: Estadual Federal Municipal

Órgão/Lotação

LOTAÇÃO/CARGO ATUAL	MATRÍCULA NO ÓRGÃO DE LOTAÇÃO	ATIVO <input type="checkbox"/>
		PENSIONISTA <input type="checkbox"/>
		APOSENTADO <input type="checkbox"/>

Dados do Sócio

NOME COMPLETO						
ESTADO CIVIL	1-SOLTEIRO 2-CASADO	3-VIUVO 4-OUTROS	CPF	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO		
CIDADE		BAIRRO		UF	CEP	
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL	DDD	TELEFONE CELULAR	EMAIL		
DADOS BANCÁRIOS BANCO			AGÊNCIA	CONTA CORRENTE		

Declaro que concordo com as condições e princípios definidos no Estatuto da AASP – Associação de Assistência ao servidor Público.

O Associado Beneficiário pagará a contribuição associativa MENSAL no VALOR DE R\$ 3,00 (três reais) ou ANUAL DE R\$ 36,00 (trinta e seis reais), estando ciente que a contribuição associativa sofrerá reajuste todo mês de Junho de cada ano, definidos pela Diretoria Executiva.

A falta de pagamento da Contribuição Associativa Anual e/ou Mensal implicara no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e conseqüentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela AASP, e conseqüentemente de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.

Local: _____

Data: ____ de _____ de 20 ____

AASP: Associação de Assistência ao Servidor Público

Assinatura do Associado