



## PEDIDO DE DESFILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS				
NOME:				
SIAPE:		CPF:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:	TEL. RESIDENCIAL:	TEL. CELULAR:
DADOS FUNCIONAIS				
SITUAÇÃO FUNCIONAL : CLASSE/PADRÃO:				
( <input type="checkbox"/> ) Ativo ( <input type="checkbox"/> ) Aposentado				
LOTAÇÃO:		EXERCÍCIO/LOCALIZAÇÃO:		
CARGO:		TELEFONE TRABALHO:	RAMAL:	
E-MAIL PRINCIPAL:		E-MAIL SECUNDÁRIO:		

**Solicito a minha desfiliação da UNASLAF, declaro estar ciente de que essa é uma decisão unilateral e irrevogável, cessando, portanto todos os meus direitos e obrigações previstos no Estatuto da UNASLAF.**

**Declaro ainda ter conhecimento de que ao desligar-me dessa associação estarei excluído das ações judiciais em trâmite bem como das que futuramente forem ajuizadas em defesa dos associados.**

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**Esse documento deverá ser assinado e enviado através de correspondência para a sede da UNASLAF situada no Setor Comercial Norte, Quadra 6, Bloco A, Sala 414 – Shopping ID Brasília-DF, CEP 70.716-900.**