

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ UF: _____

Naturalidade: _____ Data de Nascimento: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição: _____

CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: _____ Celular: (____) _____

E-mail particular: _____

DADOS FUNCIONAIS

() Ativo () Aposentado () Pensionista () Superior () Médio () Auxiliar

() Analisa do Seguro Social () Técnico do Seguro Social () Demais categorias funcionais

Data de ingresso na Arrecadação: _____ Lotação: _____

Classe: _____ Padrão: _____

Escolaridade: _____

Tel. Comercial: _____

E-mail institucional: _____

Autorizo a consignação em folha de pagamento do valor da mensalidade social em favor da UNASLAF no valor de R\$98,93 (noventa e oito reais e noventa e três centavos), atualizado anualmente no mês de abril com base no percentual apurado pelo INPC acumulado nos últimos doze meses, na forma do art.70, item I do Estatuto.

Declaro conhecer e aceitar as normas estatutárias da UNASLAF- Associação Nacional dos Servidores da Extinta Secretaria da Receita Previdenciária como associação de âmbito nacional de representação da classe, em juízo ou fora dele.

_____, ____ de _____ de ____.

ASSINATURA