

FICHA DE FILIAÇÃO



MEUS DADOS PESSOAIS

NOME: _____

NATURALIDADE: _____ NASCIMENTO: / / Nº MATRÍCULA - CORREIOS: _____

RG: _____ CPF: _____ EST. CIVIL: _____

MEU ENDEREÇO & FORMAS DE CONTATO

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TEL. RESIDENCIAL: _____ TEL. COMERCIAL: _____

TEL. CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DADOS PROFISSIONAIS

ÚLTIMO CARGO: _____ DATA DESLIGAMENTO / /

DATA ADMISSÃO: / / DATA APOSENTADORIA: / / SALÁRIO INSS: _____

DEPENDENTES LEGAIS

NOME: _____ PARENTESCO: _____ DATA NASCIMENTO: / /

NOME: _____ PARENTESCO: _____ DATA NASCIMENTO: / /

PARTICIPANTE POSTALIS PARTICIPANTE POSTALPREV Nº BENEFÍCIO DO INSS

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO

NÚMERO: _____

CATEGORIA DO ASSOCIADO

☐ 1711 ☐ EX-1711 ☐ 1712 ☐ CLT ☐ ANISTIADO

☐ APOSENTADO ☐ APOSENTÁVEL ☐ PENSIONISTA

• Autorizo desconto da minha mensalidade da ARACT-SP no contracheque do POSTALIS

☐ SIM ☐ NÃO

Declaro serem verdadeiras as informações constantes desta ficha de filiação e comprometo-me a cumprir e fazer cumprir o estatuto da Associação.

ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____

LOCAL E DATA: _____