

FICHA DE ASSOCIADO

Nome:			
Matricula GDF:	Mat SiapeNet:	Mat Pensionista:	
Órgão de lotação:			
Função:			
Naturalidade:		Nacionalidade:	
RG:	CPF:	Data de Nasc:	/ /
Pai:			
Mãe:			
Dependentes / Grau de parentesco:			
Endereço Residencial:			
		Bairro:	
UF:		Cep:	
Tel. residencial:	Celular:	E-mail:	
Endereço do Trabalho:			
		Bairro:	
UF:		Cep:	
Tel. do Trabalho:		Fax do órgão:	
Banco: BRB	N ° Banco: 070	AG:	Conta:

Autorização

_____ matricula: _____, autorizo a ASBRAPP a descontar da referida conta corrente ou do contra- cheque as mensalidade devidas dos serviços contratados e o repasse do custo vigente cobrado pelas inclusões no sistema BRB ou no Siapenet, cujo valores atuais são SIAPENET R\$ 1,50, CDA R\$ 4,95 e BOLETO R\$ 3,20 respectivamente, por inclusão.

Brasília – DF _____ / _____ / _____

Assinatura

A mensalidade da ASBRAPP será de 0,6% da classe de ingresso ao cargo de Perito Papioscopista.

Assinatura Diretoria ASBRAPP