



APCEF/SP

REQUERIMENTO DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO EFETIVO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

MATRÍCULA

SEXO: F () M ()

SITUAÇÃO: () EMPREGADO EM ATIVIDADE () APOSENTADO

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

RG

CPF

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CIDADE

ESTADO

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR

E-MAIL:

*Enviar para o e-mail cadastro@apcefsp.org.br uma foto atual e nítida do titular, no tamanho mínimo de 120 x 150 pixels.

DADOS PROFISSIONAIS

LOTAÇÃO

CÓDIGO

DATA DE ADMISSÃO

FUNÇÃO

CONTA CORRENTE

AGÊNCIA

DEPENDENTES

1. Ciente de que, nos termos dos incisos I e II, do parágrafo 11, do artigo 7º, do Estatuto da Apcef/SP, podem ser considerados dependentes do associado as seguintes pessoas:

- a mãe do associado e a do seu cônjuge, companheiro ou companheira;
- o pai do associado e o do seu cônjuge, companheiro ou companheira;
- o cônjuge, companheiro ou companheira do associado;
- o filho do associado com até 24 anos de idade;
- o filho, com até 24 anos de idade, do cônjuge, do companheiro ou da companheira do associado;
- o irmão do associado até 24 anos de idade, na inexistência de cônjuge, companheiro, companheira ou filho com até 24 anos.

Requer, assim, que sejam considerados como seus dependentes, segundo o Estatuto da entidade, as pessoas listadas ao lado.

2. O inciso I do parágrafo 7º do artigo 7º dispõe que o tempo mínimo para a pessoa manter-se como associada efetiva é de seis meses, sendo proibido aos Poderes Sociais da Apcef/SP (Assembleia, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva) deferir o pedido de demissão antes desse prazo, ressalvadas as hipóteses de exclusão e demais responsabilidades previstas no Estatuto da entidade (artigos 49 a 54).

Observação: a Diretoria Executiva, diante de situações especiais, pode, a seu critério, conferir a qualidade de dependente de associado a quem não esteja tipificado no rol fixado neste parágrafo, mediante requerimento de ambos os interessados com a indicação dos motivos que possam justificar a medida.

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

CPF/MF

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

CPF/MF

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

CPF/MF

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

CPF/MF

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

CPF/MF

Nos termos do artigo 7º, parágrafo 7º, do Estatuto da Apcef/SP, eu, _____, empregado da Caixa Econômica Federal em atividade (ou aposentado), requeiro a minha admissão na categoria de associado efetivo da Apcef/SP e, assim, autorizo o desconto da mensalidade correspondente a 1% de minhas integrais remunerações brutas, mediante desconto em folha de pagamento, incidindo a contribuição inclusive sobre o 13º salário, conforme artigo 8º do Estatuto. Declaro, ainda:

- a) que tenho ciência de que o Estatuto da Apcef/SP está disponível na página da entidade na internet - www.apcefsp.org.br;
- b) a minha concordância com os termos desse Estatuto;
- c) a minha ciência de que o **Termo de Uso e de Privacidade da Apcef/SP** referente à proteção de dados pessoais está disponível no aludido portal da entidade na internet (aba "Institucional" - "Termo de Uso e de Privacidade") e declaro a minha concordância com esse Termo;
- d) a minha ciência de que os meus dados pessoais e dos dependentes que indiquei serão coletados e tratados pela Apcef/SP, a exemplo daqueles acima inseridos neste Requerimento de Admissão de Associado Efetivo, bem como tenho ciência de que outros dados pessoais podem ser coletados e tratados, pois isso é indispensável para a entidade cumprir adequadamente as finalidades do seu Estatuto, e por ser necessário para o exercício dos direitos e deveres, estatutários e legais, dos associados e dependentes, de conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- e) dentre os atos de tratamento dos meus dados pessoais, além de outros, tenho ciência de que são indispensáveis os seguintes:
 1. o compartilhamento deles com a Caixa Econômica Federal, a Fenae e a Funcef;
 2. o registro eletrônico dos serviços e produtos que utilizar;
 3. no mesmo sentido, tenho ciência de que os dados pessoais dos meus dependentes, acima indicados, também receberão da Apcef/SP o tratamento necessário para o exercício dos respectivos direitos e deveres, dos associados e da entidade, tendo em vista as suas finalidades estatutárias.

Assinatura: _____, _____ de _____ de 20__