



REQUERIMENTO DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO EFETIVO

Nome completo: _____
Matrícula: _____ () empregado em atividade () aposentado
Nacionalidade: _____ Natural do Estado: _____ Da cidade: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Estado civil: _____
Endereço residencial: _____ CEP: _____-_____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Telefone res.: (___) _____ Telefone com.: (___) _____ Telefone cel.: (___) _____
E-mail: _____ RG: _____ CPF: _____

1. Ciente de que, nos termos do inciso I, do parágrafo 11, do artigo 7º, do Estatuto da APCEF/SP, podem ser considerados dependentes do associado as seguintes pessoas:
- a) a mãe do associado e a do seu cônjuge, companheiro ou companheira;
 - b) o pai do associado e o do seu cônjuge, companheiro ou companheira;
 - c) o cônjuge, companheiro ou companheira do associado;
 - d) o filho do associado com até 24 anos de idade;
 - e) o filho, com até 24 anos de idade, do cônjuge, do companheiro ou da companheira do associado;
 - f) o irmão do associado até 24 anos de idade, na inexistência de cônjuge, companheiro, companheira ou filho com até 24 anos.
2. O inciso I do parágrafo 7º do artigo 7º dispõe que o tempo mínimo para a pessoa manter-se como associado efetivo é de seis meses, sendo proibido aos Poderes Sociais da APCEF/SP (Assembléia, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva) deferir o seu pedido de demissão antes desse prazo, ressalvadas as hipóteses de exclusão e demais responsabilidades previstas no Estatuto da entidade (artigos 49 a 54).

Requer, assim, que sejam considerados como seus dependentes, segundo o Estatuto da entidade, as pessoas seguintes:

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Nome completo: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco: _____ Celular: (___) _____
RG: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Dados profissionais

Lotação: _____ Código: _____
Data de admissão: ___/___/___ Cargo: _____ Referência: _____
Conta corrente: _____ Agência: _____

Nos termos do artigo 7º, parágrafo 7º, do Estatuto da APCEF/SP eu, _____, empregado da Caixa Econômica Federal, requero 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) que as declarações por mim prestadas neste requerimento são a expressão da verdade.

Assinatura: _____, _____ de _____ de 20 ____

Indicador: _____ **Matrícula:** _____ **CPF:** _____