



MATRÍCULA Nº

FICHA CADASTRAL

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Nome do cônjuge: _____

ENDEREÇO:

Cidade: _____ Estado: _____
Rua: _____ Nº _____
Complemento: _____
Bairro: _____ CEP: _____

ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO (para uso exclusivo da Asasesp):

Cidade: _____ Estado: _____
Rua: _____ Nº _____
Complemento: _____
Bairro: _____ CEP: _____

COMUNICAÇÃO:

Fone: () _____ Celular (WhatsApp): () _____
) _____ E-mail particular: _____
E-mail profissional _____

FUNCIONÁRIO:

Unidade em que trabalha: _____

APOSENTADO:

Unidade em que se aposentou: _____
Origem da aposentadoria: _____ INSS: () _____ PreviSesc: () _____

POR QUAL CANAL QUER RECEBER NOSSOS

COMUNICADOS: E-MAIL: WHATSAPP:

CONCORDO EM INTEGRAR GRUPO DE WHATSAPP PARA SOMENTE RECEBER INFORMAÇÕES

SIM: NÃO:

Solicito minha inscrição como associado da Asasesp nos termos de seu Estatuto.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura