



ASSOCIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS  
PÚBLICOS DO BRASIL

## FICHA DE ASSOCIAÇÃO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_ / \_\_ / \_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Tel. Res: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Com.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Pelo presente, tendo em vista que com minha atividade profissional eu atendo os requisitos de filiação previstos no Estatuto Social da **Associação de Funcionários Públicos do Brasil** (“**AFPB**”), solicito minha associação, estando ciente que essa categoria de Associado não poderá votar nem ser votado para qualquer cargo da Entidade.

Estou ciente e concordo com a cobrança mensal da contribuição associativa, no valor atual de R\$ 4,56 (Quatro reais e cinquenta e seis centavos), a qual estará sujeita ao reajuste anual.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura