



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