**FICHA DE FILIAÇÃO**

**NOME:**

**RG: CPF:**

**DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL:**

**ENDEREÇO: Nº**

**COMPLEMENTO: BAIRRO:**

**CEP: MUNICÍPIO/ESTADO:**

**E-MAIL PARTICULAR:**

**TELEFONE FIXO: CELULAR:**

**MATRÍCULA: ÁREA REGIONAL:**

**LOTAÇÃO:**

**PAI: NASCIMENTO:**

**MÃE: NASCIMENTO:**

**CÔNJUGE: NASCIMENTO:**

**AUTORIZAÇÃO**

**• A AAJUMP esclarece que tem formalizado alguns convênios com prestadores de serviços e/ou empresas com intuito de gerar benefícios para seus associados. Entretanto, esta Associação não se responsabiliza pela prestação de serviços ou aquisição de produtos dos conveniados, sendo a contratação de inteira responsabilidade do associado.**

**• AUTORIZO a AAJUMP a proceder o desconto em folha de pagamento, do valor fixado a título de mensalidade.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura**

**Ciente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **PRESIDENTE AAJUMP**