



ASSEMPECE

Associação dos Servidores do Ministério Público do Estado do Ceará

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO CEARÁ – ASSEMPECE
www.assempece.org.br

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

NOME _____

_____ DATA DO NASCIMENTO _____

SEXO () MASCULINO () FEMININO

RG _____ CPF _____

DADOS PROFISSIONAIS

MATRÍCULA _____ CARGO _____

SERVIDOR DESDE ___/___/___ LOTAÇÃO _____

TELEFONE DO TRABALHO _____ RAMAL _____

ENDEREÇO E CONTATOS

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TIPO () RESIDENCIAL () MP

TELEFONE RESIDENCIAL _____ CELULAR _____ -

____ E-MAIL _____

Solicito meu ingresso no quadro social da Associação dos Servidores do Ministério Público do Estado do Ceará, comprometendo-me a cumprir seu Estatuto e autorizo a descontar mensalmente em minha folha de pagamento a contribuição mensal da Associação.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura