

## FICHA DE FILIAÇÃO ASSEMPECE

### 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

TIPO: ( ) RESIDENCIAL ( ) MP

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL PESSOAL: \_\_\_\_\_

E-MAIL INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA