





# ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DE ITAÍ E REGIÃO – AFUPI


## INFORMAÇÕES

SERVIDOR: ( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL

DIA DO VENCIMENTO DA MENSALIDADE :

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento, declaro para os devidos fins, que estou ciente das disposições constantes no **Estatuto Social da Associação dos Funcionários Públicos de Itaipó e Região - AFUPI**, bem como de todos os **meus direitos e deveres**, nos termos do referido Estatuto, do Regimento Interno e demais normativos que regem a associação. Atesto também que todas as informações aqui contidas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Associado (a)

## AUTENTICAÇÃO DE APROVAÇÃO DA DIRETORIA

Nos termos do Estatuto da Associação dos Funcionários Públicos de Itaipó e Região - AFUPI, damos parecer favorável à associação do(a) sócio(a) acima qualificado(a)

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Presidente