

ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS
DE ITAÍ E REGIÃO – AFUPI

FICHA DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO

[illegible]



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 Itaitinga 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 Itaitinga e Região - AFUPI, damos parecer favorável à associação do(a) sócio(a) acima qualificado(a)

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do (a) Presidente