



ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO
DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS – ASMIP

CNPJ: 02.708.717/0001-18

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ associado desde: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____ estado civil: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão emissor: ____/____

E-mail pessoal: _____ Celular: (____) _____

Endereço: _____

Bairro/Satélite: _____ CEP: _____

DADOS FUNCIONAIS

Matrícula: _____ E-mail funcional: _____

Situação: Ativo Inativo Requisitado Pensionista

Cargo: _____ Lotação: _____

Telefone/Ramal: (____) _____

DEPENDENTES

NOME	NASCIMENTO	PARENTESCO
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	

1. Declaro conhecer e aceitar as condições estabelecidas no Estatuto da ASMIP, comprometendo-me, espontaneamente, a cumpri-las.
2. Autorizo a consignação do débito da mensalidade social definida em Assembleia diretamente na folha de pagamento, ciente de que, em caso de insuficiência de margem consignável, deverei depositar o valor correspondente em conta bancária de titularidade da Associação dos Servidores do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – ASMIP.
3. Declaro estar ciente de que a filiação só se efetivará após o pagamento da primeira mensalidade.
4. Autorizo que o pagamento dos convênios por mim utilizados sejam realizados com sub-rogação, conforme prevê o Código Civil Brasileiro (arts. 346 a 351).
5. Concordo que eventual pedido de desfiliação deverá ser realizado por escrito (diretamente na Secretaria da ASMIP ou pelo e-mail indicado nos dados pessoais ou funcionais), sendo obrigatórias a devolução da carteira de associado e a quitação de todos os valores pendentes, facultando à ASMIP realizar a cobrança de dívidas relativas à utilização dos convênios mediante a emissão de título executivo extrajudicial.

_____, ____ de _____ de 20 ____

_____, ____ de _____ de 20 ____

Presidente da ASMIP

Associado