ASSEEC

Associação dos Servidores da Secretaria da Educação do Estado do Ceará

Ficha de Recadastramento

DADOS PESSOAIS

Nome

Endereço

Bairro CEP

Cidade UF Tel

Nasc. Ident. CPF

E-mail

Escolaridade 1º grau 2º grau 3º grau Ativo Aposentado

DADOS FUNCIONAIS

Unidade Administrativa

Endereço Bairro

CEP: Cidade Dt de Adm

Cargo Função

Matrícula Telefone

Autorizo o desconto mensal na folha de pagamento de 1% (um por cento) sobre o valor do salário base (especificado no código 101) como contribuição para a Associação dos Servidores da Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará - ASSEEC

_____ ____/____/____ _____

Local Assinatura do Associado

DEPENDENTES

Nome: (companheiro(a)) _____

Filho(a) menos de 18 anos _____ Data de nascimento ____/____/____

_____ ____/____/____

_____ ____/____/____

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

____/____/____ _____

____/____/____ _____

____/____/____ _____

____/____/____ _____

Recebido em: ____/____/____ _____

Responsável