

PEDIDO DE FILIAÇÃO – ASSOCIADO ESPECIAL PREVIDENCIÁRIO PESSOA FÍSICA - VINCULADO

1. DADOS PESSOAIS

Nome

Endereço (Rua, Av., Pça, Nº, Complemento)

Bairro

Cidade

UF

CEP

E-mail

Telefone residencial

Telefone comercial

Celular

Estado civil

Data de nascimento

Sexo

CPF

Identidade

2. CONDIÇÃO DE ASSOCIADO

Por meio do presente venho requerer minha filiação ao quadro associativo da ABRAPP na qualidade de **Associado Especial Previdenciário Pessoa Física - Vinculado da ABRAPP**, exclusivamente para fins de inscrição ao Plano **PrevSIAS** oferecido pela **Sociedade Ibegeana de Assistência e Seguridade - SIAS**.

Ao assinar o presente, declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da ABRAPP, bem como dos direitos e deveres atribuídos aos seus membros. Declaro, ainda, para todos os fins e sob as penas da lei, estar regularmente inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física – CPF, ciente de que eventual falsa declaração resultará na exclusão do quadro associativo.

Autorizo que os dados pessoais aqui informados sejam utilizados para fins de filiação à ABRAPP e que os mesmos serão protegidos atendendo ao disposto na Lei nº 13.709/2018.

3. SOLICITAÇÃO

Local e data

Assinatura

A SIAS realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Rua do Carmo, 11 - 6º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-020

Indico à ABRAPP a pessoa física acima qualificada para fins de ingresso ao quadro associativo, na qualidade de Associado Especial Previdenciário Pessoa Física – Vinculado

Carlos Alberto Pereira - Diretor Prresidente
Sociedade Ibegeana de Assistência e Seguridade

Data

Carimbo / assinatura