



ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CORREIOS

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO / AUTORIZAÇÃO – ÚNICO

Para uso exclusivo da ADCAP

NR	Aprovação NR:	Aprovação Nacional:	<u>INÍCIO DO DESCONTO</u> FOLHA DO MÊS _____	VIA Núcleo Regional C/Cópia em PDF p/ ADCAP Nacional: cadastro@adcap.org.br
----	---------------	---------------------	---	---

EM QUAL DESSAS CATEGORIAS VOCÊ SE INCLUI – ESCOLHA APENAS UMA

<input type="checkbox"/> Profissional dos Correios em atividade	<input type="checkbox"/> Aposentado do quadro de pessoal dos Correios	<input type="checkbox"/> Ex-empregados dos Correios desligados antes da aposentadoria.	<input type="checkbox"/> Empregado e/ou aposentado do Postalís ou Postal Saúde; ou Parente de associado até 3º grau.
---	---	--	--

DADOS PESSOAIS

Nome Completo						
CPF	RG	Órgão Emissor	Data Nascimento / /	Sexo:	M	F
Matrícula (Correios/POSTALIS/ POSTAL SAÚDE)	Data de Admissão / /		Data de Aposentaria / /	Lotação (Sigla)		
Cargo (Correios / POSTALIS/ POSTAL SAÚDE)	Função		Formação Profissional / Escolaridade			
Endereço Residencial (Rua, Av. etc)						
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP (Obrigatório):		
Telefone / Celular WhatsApp:						
E-mail Particular:						

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, pela presente, faço moção de associar-me à ADCAP - ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CORREIOS, na condição de sócio, conforme Art. 4º do Estatuto, comprometendo-me com as obrigações decorrentes e autorizo o desconto do valor da minha contribuição social, nos termos do definido no Estatuto Social da ADCAP, junto ao meu empregador, fundo de previdência, INSS ou outra fonte pagadora que mantenha convênio com a ADCAP para essa finalidade.

Nossos termos de uso e política de privacidade foram atualizados de acordo com a LGPD 13.709/2018, para garantir que seus dados sejam tratados de forma transparente e segura. Ao assinar a ficha fica autorizado a utilização de seus dados pessoais para que sejam coletados, armazenados e processados.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura