

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ CPF: _____

Matrícula Funcional: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

ENDEREÇO

Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

DECLARAÇÕES

() Declaro que preencho os requisitos previstos no Estatuto Social da ASSECOM-MT para admissão como associado.

() Declaro que as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras.

() Comprometo-me a cumprir o Estatuto Social, o Regimento Interno, as deliberações da Assembleia Geral e os atos regularmente expedidos pelos órgãos da ASSECOM-MT.

AUTORIZAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA

() Autorizo o desconto da contribuição associativa em folha de pagamento, na forma definida pelo Estatuto Social e pelas deliberações da ASSECOM-MT.

ASSINATURA

Data: ____ / ____ 2026

Assinatura: _____