



FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: Sexo: M F

Endereço: Número:

Complemento:

Bairro: Cidade:

CEP: UF: Naturalidade (Cidade/Estado):

Nacionalidade: Estado Civil:

Data de Nascimento: e-mail:

SIAPE: Celular: Telefone fixo:

CPF: RG: Órgão Expedidor:

Situação: Ativo Aposentado

Classe:	Titulação:	Nível:	Aperfeiçoamento:
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Doutor
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Associado	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Mestre
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Especialista
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Assistente	<input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Auxiliar		

Centro: CCAAB CETEC CETEN! CECULT CCS CAHL CFP

AUTORIZAÇÃO

Pela presente, autoriza a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia a debitar mensalmente da minha folha de pagamento a quantia referente a 1% da minha remuneração (VB + RT) para a Associação dos Professores Universitários do Recôncavo – APUR, estabelecida de acordo com a sistemática em vigor aprovada em Assembleia da APUR (13.04.2011), a partir do mês de _____ de _____.

Cruz das Almas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Filiado(a)

Após preenchida, a ficha deverá ser assinada digitalmente pelo SouGov e encaminhada ao e-mail da APUR: apurdiretoria@gmail.com

Será de responsabilidade do(a) Filiado(a) comunicar quaisquer alterações em seu cadastro.

Informações: (75) 9 9871-6597 – apurdiretoria@gmail.com