

ASSOCIAÇÃO INTEGRADA DE MULHERES DA SEGURANÇA PÚBLICA EM SERGIPE

DADOS PESSOAIS

TIPO:

<input type="checkbox"/>	ASSOCIADA
<input type="checkbox"/>	PLUS

NOME:			
SEGMENTO:	LOTAÇÃO:	INCLUSÃO:	
RG:	CPF:		
DATA DE NASC.:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
TELEFONES:			
E-MAIL:		E-MAIL:	
ESTADO CIVIL			
() CASADA / () SOLTEIRA / () VIÚVA / () UNIAO ESTÁVEL () SEPARADA			

TIPO DE RESIDÊNCIA			
() PRÓPRIA / () ALUGADA / () FAMÍLIA / () OUTROS			

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ÁREA:

PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS	
() Não () Sim	Qual: _____
TIPO SANGUE:	FATOR RH: _____ DOADOR () SIM () NÃO

DEPENDENTES	GRAU DE PARENTESCO	NASCIMENTO

Declaro que as informações acima são verdadeiras e autorizo o envio de informações de convênios e outros informes relativos à associação.

Declaro que, por contribuição voluntária, autorizo a Secretaria de Administração competente a descontar o correspondente a 5% do Salário Mínimo Vigente nos meus vencimentos a título de mensalidade mais taxa administrativa.

Aracaju,

02/09/2022
