

**ADUFEPE**

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UFPE

A SERVIÇO DOS PROFESSORES**FICHA DE FILIAÇÃO**Nome: sexo: M FEndereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Naturalidade (Cidade/Estado): Nacionalidade: Estado Civil: Data de nascimento: / / e-mail: Cadastro Siape: Celular: Telefone Fixo: CPF: RG: Órgão exp.: Data exp.: / / Situação: Ativo Aposentado

Magistério Superior:	<input type="checkbox"/> Titular	Nível: <input type="checkbox"/> I	Regime: <input type="checkbox"/> 20 horas	Titulação: <input type="checkbox"/> Graduação
	<input type="checkbox"/> Associado	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> 40 horas	<input type="checkbox"/> Especialista
	<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Mestre
	<input type="checkbox"/> Assistente	<input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> Doutor
	<input type="checkbox"/> Auxiliar			

EBTT:	<input type="checkbox"/> Titular	Nível: <input type="checkbox"/> I	Regime: <input type="checkbox"/> 20 horas	Titulação: <input type="checkbox"/> Graduação
	<input type="checkbox"/> D IV	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> 40 horas	<input type="checkbox"/> Especialista
	<input type="checkbox"/> D III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> Mestre
	<input type="checkbox"/> D II	<input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> Doutor
	<input type="checkbox"/> D I			

Centro: CAC CCEN CCB CFCH CE CCM CCSA CCS CTG CIN CCJ
 CAP CAV CAADepartamento: **AUTORIZAÇÃO**

Pela presente, autoriza a Universidade Federal de Pernambuco a debitar mensalmente da minha folha de pagamento a quantia referente a 1% da minha remuneração (VB + RT para Docentes do Ensino Superior ou VB + RT para Docentes do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico) para a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Pernambuco - ADUFEPE-SSIND, estabelecida de acordo com a sistemática em vigor aprovada em Assembleia da ADUFEPE-SSIND (19.06.2002), a partir do mês de _____ de _____

Recife, _____ de _____ de _____

Aprovado em ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Filiado(a)_____
Diretoria ADUFEPE-SSIND**Será de responsabilidade do(a) Filiado(a) comunicar quaisquer alterações em seu cadastro**

Após preenchida, a ficha deverá ser impressa, assinada e encaminhada à sede da ADUFEPE-SSIND.

Informações: (81) 3036.2250 / 9 8690-2897 - secretaria.adufepe@gmail.com