

FORMULÁRIO DE TERMO DE ADESÃO À ASOF

DADOS PESSOAIS

MATRÍCULA SIAPE										DATA ADMISSÃO NO MRE									
NOME																			SEXO
																			(M)
																			(F)
D. NASCIMENTO					NATURALIDADE										UF		ESTADO CIVIL		
IDENTIDADE					ORG. EXP.					UF. EXP.		DATA EXPEDIÇÃO					CPF		
E-MAIL										LOTAÇÃO ATUAL									

ENDEREÇO RESIDENCIAL (BRASIL)

LOGRADOURO																			
BAIRRO										CIDADE					UF				
CEP					DDD		TELEFONE					FAX			CELULAR				

DEPENDENTES

NOME																			
NOME																			
NOME																			

CURSOS (NÍVEL SUPERIOR)	LINGUA ESTRANGEIRA (NÍVEIS)			EXPERIÊNCIA NO MRE
	Básico	Intermediário	Avançado	
CURSO GRADUAÇÃO	○	○	○	<input type="checkbox"/> Administração Consular <input type="checkbox"/> Contabilidade Cultural <input type="checkbox"/> Comunicação Arquivo <input type="checkbox"/> Promoção Comercial <input type="checkbox"/> Protocolo <input type="checkbox"/> Informática <input type="checkbox"/> Cooperação Técnica <input type="checkbox"/> Outros:
CURSO GRADUAÇÃO	○	○	○	
CURSO GRADUAÇÃO	○	○	○	
CURSO GRADUAÇÃO	○	○	○	
CURSOS MRE				
<input type="checkbox"/> CAOC <input type="checkbox"/> CEOC	○	○	○	

Declaro ter lido o Estatuto da Associação Nacional dos Oficiais de Chancelaria do Serviço Exterior brasileiro (ASOF), com o qual estou de acordo. Declaro também minha adesão à ASOF, na qual solicito inscrição. Autorizo a proceder ao desconto em folha da importância correspondente a R\$ 50,00 (cinquenta reais para ativo, R\$ 30,00 (trinta reais) para aposentado, do meu subsídio no Brasil ou US\$ 30,00 (trinta dólares americanos) no exterior, em favor da ASOF.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Obs.: Preencher, assinar e remeter para a ASOF