

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME COMPLETO: _____

DADOS FUNCIONAIS

() Ativo () Aposentado () Pensionista () Substituto () Visitante

Nº DE INSCRIÇÃO NA UFMG: _____

SIAPE: _____

UNIDADE DA UFMG: _____ Depto: _____

RG: _____ CPF: _____ PIS/PASEP: _____

Data de nascimento: _____ Estado Civil: _____ Data de admissão: _____

DADOS DE CARREIRA (marque sua CLASSE, NÍVEL, REGIME e TITULAÇÃO):

<u>CLASSE</u>		<u>NÍVEL (Exceto Titular)</u>		<u>REGIME:</u>		<u>TITULAÇÃO:</u>	
<u>MAGISTÉRIO SUPERIOR</u>		<u>MAGISTÉRIO EBT</u>			D. E .	DOUTORADO	
	TITULAR		TITULAR		40 h	MESTRADO	
	ASSOCIADO		D IV		20 h	ESPECIALIZAÇÃO	
	ADJUNTO		D III			APERFEIÇOAMENTO	
	ASSISTENTE		D II				
			D I				

ENDEREÇO RESIDENCIAL :

RUA/AV : _____ Nº : _____ APTO : _____

BAIRRO : _____ CIDADE : _____

CEP : _____ - _____ FONE RESID: (_____) _____

CELULAR: _____

ENDEREÇO PROFISSIONAL :

RUA/AV : _____ Nº : _____ SALA : _____

BAIRRO : _____ CIDADE : _____

CEP : _____ - _____ FONE 1 : (_____) _____

FONE 2 : (_____) _____ RAMAL : _____ FAX : (_____) _____

E-mail: _____

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o desconto em minha folha de pagamento da mensalidade devida a APUBH, da quantia equivalente a 0,8% da remuneração bruta mensal, nos termos do parágrafo único do artigo 12 do Estatuto vigente, o que se efetivará somente após a devida operacionalização da consignação no âmbito do sistema de gestão de pessoas do Poder Executivo Federal, conforme estabelece o Decreto 8.690, de 11 de março de 2016.

Nesses termos, declaro estar ciente de que somente à partir da inserção da consignação em minha folha de pagamento é que minha inscrição nos quadros de filiado da APUBH será levada à efeito.

BELO HORIZONTE, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA: _____