



ASSOCIAÇÃO DOS POLICIAIS PENAIS E AGENTES DE SEGURANÇA SOCIOEDUCATIVOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/CANCELAMENTO DE ASSOCIADOS

1 – ENTIDADE CONSIGNATÁRIA

NOME APPS/SC – ASSOCIAÇÃO DOS POLICIAIS PENAIS E AGENTES DE SEGURANÇA SOCIOEDUCATIVOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA	CÓDIGO DE DESCONTO 05-0457
---	--------------------------------------

2 – INFORMAÇÕES DO SERVIDOR

MATRÍCULA	VÍNCULO	NOME	
TELEFONE:		TELEFONE DE CONTATO:	
DATA DE NASCIMENTO		CPF	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
LOTAÇÃO (SIGLA)	ORGÃO SAP/SC-SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL E SOCIOEDUCATIVA		CÓDIGO 0801

3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO OU SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE ASSOCIADO

1 **AUTORIZO** O SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS DO ÓRGÃO/ENTIDADE EM QUE ESTOU LOTADO, A **DESCONTAR CONTRIBUIÇÃO MENSAL PREVISTA EM ESTATUTO**, REFERENTE AO CARGO DE POLICIAL PENAL, AGENTE DE SEGURANÇA SOCIOEDUCATIVO E DEMAIS SERVIDORES EFETIVOS DA SAP.

OBS: Apresente assinatura autoriza eventual reajuste das parcelas alteradas em ESTATUTO DA ENTIDADE e não invalida eventuais descontos já consignados em folha de pagamento.

2 **SOLICITO** AO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS, O **CANCELAMENTO** DO CÓDIGO DE DESCONTO CONSTANTE ACIMA DA FOLHA DE PAGAMENTO.

OBS: A solicitação só será validada e encaminhada para os devidos procedimentos, após o servidor enviar a APPS/SC, todos os documentos que comprovem seu cancelamento de parceria com os eventuais convênios e devolução de suas respectivas carteirinhas.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------

4 –AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA DA APPS/SC

FUNÇÃO OU CARGO DA AAPSS/SC	NOME
LOCAL E DATA	ASSINATURA

Obs: O documento preenchido e assinado deverá ser encaminhado em PDF por e-mail: aapss.associacao@gmail.com e ou pelo Whatsapp: (48) 9844-34315