**MODELO**

**PEDIDO DE FILIAÇÃO – ASSOCIADO ESPECIAL PREVIDENCIÁRIO PESSOA FÍSICA - VINCULADO**

À

Diretoria Integrada do Sistema ABRAPP

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio do presente venho requerer minha filiação ao quadro associativo da ABRAPP na qualidade de **Associado Especial Previdenciário Pessoa Física - Vinculado da ABRAPP**, exclusivamente para fins de inscrição ao Plano de Benefícios Setorial **(nome do plano)** oferecido por **(nome EFPC).**

Ao assinar o presente, declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da ABRAPP, bem como dos direitos e deveres impostos aos seus membros, bem como declaro, para todos os fins e sob as penas da lei, ser segurado do Regime Geral de Previdência Social – RGPS nesta data, ciente de que a falsa declaração resultará na exclusão do quadro associativo.

Autorizo que os dados pessoais aqui informados sejam utilizados para fins de filiação à ABRAPP e que os mesmos serão protegidos atendendo ao disposto na Lei nº 13.709/2018.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**

**Local/Data**

Indico à ABRAPP a pessoa física acima qualificada para fins de ingresso ao quadro associativo, na qualidade de Associado Especial Previdenciário Pessoa Física – Vinculado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura – Representante Legal da Entidade**

**EFPC Associada**

**Local/Data**