



PEDIDO DE DESASSOCIAÇÃO DA ASSPEN-DF

Eu, _____, Servidor Público em exercício no Sistema Penitenciário do Distrito Federal, matr.: _____, RG: _____ SSP/DF, CPF: _____ solicito à ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL – ASSPEN-DF, CNPJ 16.948.188/0001-34, com Sede no, **SCS Quadra 02, Bloco “D” Edifício Oscar Niemeyer, salas 1207/1208, Asa Sul, Brasília - DF, CEP: 70.316-900.**, possuidora do Código Fonte N° 04759, a desconsignar mensalidade associativa em minha folha de pagamento, e, conseqüentemente, minha desfiliação da entidade.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE, A RETIRADA DO DESCONTO DA TAXA ASSOCIATIVA DO MEU CONTRACHEQUE, CASO HAJA, DEPENDERÁ DE AÇÃO DO GDF APÓS SER INFORMADO PELA ASSPEN-DF DA MINHA SAÍDA. DECLARO ESTAR CIENTE QUE, PARA USUFRUIR DOS BENEFÍCIOS E CONVÊNIOS COM AS ENTIDADES PARCEIRAS DA ASSPEN PRECISAREI ENVIAR NOVA SOLICITAÇÃO DE FILIAÇÃO, POIS TODOS ESSES BENEFÍCIOS SERÃO ENCERRADOS IMEDIATAMENTE APÓS MINHA SAÍDA.

OBSERVO QUE, HAVERÁ CARÊNCIA DE 6 (MESES) PARA UTILIZAÇÃO DO CORPO JURÍDICO DA ASSPEN-DF CASO EU VOLTE A ME ASSOCIAR.

PARA NOVA SOLICITAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA FICHA ASSOCIATIVA COM CÓPIA DA IDENTIDADE À ASSPEN-DF, E ESTA SERÁ AVALIADA EM ATÉ 30 DIAS PARA QUE SEJA AUTORIZADO A UTILIZAÇÃO DOS BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELA ASSPEN-DF.

Anexo a este formulário deverá conter cópia da identidade ou CNH, deve ser encaminhado para o email: asspendf@gmail.com ou entregue na sede da associação presencialmente pelo requerente. E a desassociação depois do dia 5 do mês, ainda será cobrada em seu contracheque. Mas fique tranquilo, ainda estará com seu pleno direito como associado (a), até o final do corrente mês.

Brasília-DF, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO SERVIDOR CONFORME IDENTIDADE

(61) 99167-8831

(61) 3226-2029

SCS Quadra 02 Bloco D salas 1207/1208

Edifício Oscar Niemeyer – CEP: 70.316-900

www.asspen.com.br

asspendf@gmail.com