



FORMULÁRIO DE TERMO DE ADESÃO À ASOF

DADOS PESSOAIS

MATRÍCULA SIAPE										DATA ADMISSÃO NO MRE											
NOME																				SEXO	
																				<input type="radio"/> M	
																				<input type="radio"/> F	
D. NASCIMENTO					NATURALIDADE					UF		ESTADO CIVIL									
IDENTIDADE					ORG. EXP.			UF. EXP.		DATA EXPEDIÇÃO			CPF								
E-MAIL										LOTAÇÃO ATUAL											
Banco:						Agência:						Conta Corrente:									

ENDEREÇO RESIDENCIAL (BRASIL)

LOGRADOURO																			
BAIRRO					CIDADE										UF				
CEP			DDD		TELEFONE RESIDENCIAL					TELEFONE COMERCIAL					CELULAR				

DEPENDENTES

NOME										PARENTESCO									
NOME										PARENTESCO									
NOME										PARENTESCO									

CURSOS (NÍVEL SUPERIOR)

LÍNGUA ESTRANGEIRA

EXPERIÊNCIA NO MRE

CURSO	NÍVEL	BÁSICO	INTERMEDIÁRIO	AVANÇADO	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Administração
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Consular
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Contabilidade
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Cultural
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Comunicação
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Arquivo
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Promoção Comercial
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Protocolo
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Informática
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>)Cooperação Técnica
CURSOS MRE					Outros:
<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 ASOF, a proceder ao desconto em folha de pagamento ou débito automático em contada importância correspondente ao valor estabelecido em Assembleia Geral do meu vencimento básico no Brasil ou US\$ 25.00 (vinte e cinco dólares americanos) no exterior em favor da ASOF.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Obs.: Preencher, assinar e remeter para a ASOF