**Requerimento Padrão para**

**o Conselho de Autorregulação**

Ao Conselho de Autorregulação

O(A) (nome da entidade), por seu representante legal, declara que no seu entendimento cumpre integralmente os termos do Código de Autorregulação em Qualificação e Certificação e requer sua adesão a esse Código, comprometendo-se a observar permanentemente os Princípios e Diretrizes nele previstos.

**Ou (Entidade** **deverá optar por um destes dois parágrafos de acordo com a sua situação)**

O(A) (nome da entidade), por seu representante legal, declara o cumprimento parcial das obrigações previstas no Código de Autorregulação em Qualificação e Certificação.

Para fins de avaliação desse Conselho, informa seu Plano de Adequação e cronograma para o cumprimento dos requisitos nele previstos, sendo que o Plano de adequação indica claramente quais tópicos serão objeto de aprimoramento para seu cumprimento integral. Assim, requer sua adesão a esse Código, comprometendo-se a observar permanentemente os Princípios e Diretrizes nele previstos.

A EFPC compromete-se a observar as regras e os princípios previstos no Código de Autorregulação.

A EFPC informa que o Diretor abaixo indicado será o profissional responsável por assegurar a estrita observação e aplicação dos princípios e obrigações deste Código.

No prazo de até 1 (um) ano, a contar desta data, a EFPC dará entrada no processo de avaliação para obtenção do Selo de Autorregulação em Qualificação e Certificação.

Por fim, a EFPC manifesta sua adesão concomitante ao Código de Condutas Recomendadas para o Regime Fechado de Previdência Complementar, conforme rege o Regulamento de Adesão aos Códigos de Autorregulação vigente, encaminhando termo de adesão em anexo.

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

Nome e assinatura do representante legal da EFPC

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

Nome e assinatura Diretor responsável

Data e local

**Termo de Adesão**

[nome da entidade], com sede na Cidade de [·], Estado de [·], em [endereço], inscrita no CNPJ/MF sob nº [.], neste ato devidamente representada por seu [·], [nome], [nacionalidade], [profissão], portador(a) da cédula de identidade RG/RNE n° [·], inscrito no CPF/MF sob n° [·], residente e domiciliado(a) na Cidade de [·], Estado de [·], na forma do disposto no artigo XX de seu Estatuto Social, manifesta:

1. que conhece e concorda inteiramente com o teor do **Código de Condutas Recomendadas para o Regime Fechado de Previdência Complementar**, inclusive com sua aplicação no âmbito da Entidade;
2. que o **Código de Condutas Recomendadas para o Regime Fechado de Previdência Complementar** não substitui a aplicação e observância do seu próprio Código;
3. sua adesão, a partir da presente data, ao conteúdo do **Código de Condutas Recomendadas para o Regime Fechado de Previdência Complementar**;
4. sua submissão irrevogável, irretratável e incondicional às decisões e orientações da COMISSÃO DE ÉTICA do SINDAPP, responsável por receber e processar denúncias formuladas com fundamento no **Código de Condutas Recomendadas para o Regime Fechado de Previdência Complementar**.

Cidade, [·] de [·] de [·]

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

[Nome]

[Cargo]

[Assinatura Digital]

*Obs.: caso a entidade já tenha formalizado sua adesão ao Código de Condutas em referência anteriormente, não há necessidade de fazê-lo novamente. Essa informação pode ser confirmada junto à Secretaria Geral (secretariageral@abrapp.org.br)*