**MODELO**

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

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 - Família 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.

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**