



Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Tel: _____ Cel: _____

RG.: _____ CPF.: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação – curso: _____

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado

Data da Contratação na PUC GOIÁS: ___/___/_____ Matrícula Funcional: _____

() TI – Tempo contínuo e integral () Horista

Lotação na PUC GOIÁS - Dep.: _____

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do/a associado/a

Autorização de desconto

Nome do/a associado/a legível

Associado/a à Associação de Professores da PUC Goiás autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás/SGC, a partir do recebimento desta, a descontar, em folha de pagamento, a contribuição mensal referente à filiação e repassar o valor descontado à Apuc.

Assinatura do Associado/a

Visto da Apuc