

## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO APAS

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR

MATRÍCULA Nº

CPF

NOME

E-MAIL

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

Solicito o cancelamento da minha inscrição na associação APAS/FIESC - Associação dos Pré e Aposentados do sistema FIESC, encerrando assim, a dedução de 0,5% do meu benefício relativo à mensalidade em minha folha de pagamento.

LOCAL

DIA

, de

MÊS

de 20

ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).