



PEDIDO DE ADESÃO

ADESÃO Nº _____

(A preencher pelos Serviços)

ao regime do **C.C.T. entre a CNEF e o SINAPE**, publicado no B.T.E nº 17, de 08/5/2022, nos termos dos nºs 4 e 6 do Artº 1º-A do indicado C.C.T..

IDENTIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Não docente	
NOME COMPLETO: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
BI/CC: _____ DATA DE VALIDADE: ____/____/____	NIF: _____
MORADA: _____	
LOCALIDADE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
CONTACTOS: tel. _____ e-mail _____	
CATEGORIA: _____	CÓDIGO GRUPO DOCÊNCIA/RECRUTAMENTO: _____
REMUNERAÇÃO ILÍQUIDA: _____ EUROS	
ESTAB. DE ENSINO: _____	tel. _____ email _____
LOCALIDADE: _____	DGEstE: _____
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> IPSS <input type="checkbox"/> Cooperati <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Santa Casa da Misericórdia	
MANIFESTAÇÃO DE VONTADE:	
<i>-Declaro aderir, com efeitos a partir do dia 1 do próximo mês de _____ de 20____ ao regime regulado pelo CCT supra identificado.</i>	
PRESTAÇÃO (0,5% da remuneração ilíquida)	MODO DE PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Folha de vencimento <input type="checkbox"/> Transf. bancária
DATA: ____/____/____	ASSINATURA: _____ (Assinatura idêntica à que consta No BI/CC)

**ÁREA RESERVADA PARA A ENTIDADE CREDORA**IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: **112652**

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO: _____

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO

Eu, _____, AUTORIZO QUE
POR DÉBITO MENSAL DA MINHA CONTA ABAIXO INDICADA PROCEDAM AO PAGAMENTO DA QUANTIA DE € _____,00€ (0,5% DO VENCIMENTO ILÍQUIDO), A PARTIR DO DIA _____ DO MÊS DE _____, FICANDO O SINAPE/FEDERAÇÃO AUTORIZADO A ATUALIZAR AS QUOTAS SEMPRE QUE, ESTATUTARIAMENTE, ASSIM FOR DECIDIDO, DANDO PRÉVIO CONHECIMENTO AO ASSOCIADO.

IBAN: PT50 _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/____

(Assinatura idêntica à que consta na Ficha de Identificação Bancária)

DELEGAÇÃO | DIRIGENTE _____

| TELM. _____