



A.S.P.A.S

R. Camilo Vaz, n.º 25 – 2º
4430-686 Vila Nova de Gaia
Tel 227133201 * Fax 227133202
E-Mail: aspas@aspas.pt
www.aspas.pt

ASSOCIAÇÃO SINDICAL DO PESSOAL ADMINISTRATIVO DA SAÚDE

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

NOTA: Todos os campos são de preenchimento obrigatório

NOME:	<input type="text"/>				
Nº MEC:	<input type="text"/>	DAT. NASC:	<input type="text"/>	Nº I CIVIL:	<input type="text"/>
MORADA:	<input type="text"/>				
Nº. _____ ANDAR _____ C. POST.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LOCALIDADE _____		
Nº I FISC.PT.	<input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	TM	<input type="text"/>
FREG:	<input type="text"/>	CONCELHO	<input type="text"/>		
DISTRITO	<input type="text"/>	SEXO:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Mail _____	

ENTIDADE ¹	<input type="text"/>	
C. SAUDE ²	<input type="text"/>	
UCSP / USF ³	<input type="text"/>	
SERVIÇO _____	FAX <input type="text"/>	
CAT. PROF:	<input type="text"/>	TEL <input type="text"/>

FORMA DE PAGAMENTO

DESCONTO NO VENCIMENTO, SIM

SÓCIO PROPONENTE

Tipo de Contrato: C.I.T. –C.T.R.F.P. Venc. Ilíquido _____, _____

Nº _____ (facultativo)

ASSINATURA _____

ADMITIDO COM O Nº

O PRESIDENTE DA DIRECÇÃO

NA REUNIÃO DA DIRECÇÃO.

DECLARAÇÃO

NOME:
 N.º MECANOGRÁFICO

Pretende e solicita nos termos da alínea b) do art.º 171.º da Lei n.º 35/2014, de 20/06, e artº nº 458º da Lei nº 7/2009, de 12/02, lhe seja descontado no vencimento base 0,5% correspondente à quota mensal para a Associação Sindical do Pessoal Administrativo da Saúde (ASPAS) de que é sócio Nº _____

DATA _____ / _____ / _____

Assinatura _____

¹ ENTIDADE QUE EFECTUA OS PAGAMENTOS: HOSPITAL / ARS, OUTROS.

² CENTROS DE SAUDE
UCSP / USF