



SÓCIO Nº

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Local de Trabalho Telef.

Residência

Código Postal - Telem.

Endereço de correio electrónico

C Cidadão NIF

Nº FUNCIONÁRIO Nº CGA Nº ADSE -

AGREGADO FAMILIAR

Nome

Profissão

Data de Nascimento: / / Sexo ☐ M ☐ F

C Cidadão NIF

Parentesco ☐ Conjuge ☐ Filho ☐ Neto

Subsistema ☐ Sim ☐ Não Se sim, indique qual

AGREGADO FAMILIAR

Nome

Profissão

Data de Nascimento: / / Sexo ☐ M ☐ F

C Cidadão NIF

Parentesco ☐ Conjuge ☐ Filho ☐ Neto

Subsistema ☐ Sim ☐ Não Se sim, indique qual

AGREGADO FAMILIAR

Nome

Profissão

Data de Nascimento: / / Sexo ☐ M ☐ F

C Cidadão NIF

Parentesco ☐ Conjuge ☐ Filho ☐ Neto

Subsistema ☐ Sim ☐ Não Se sim, indique qual

_____, ____ de _____ de 201__

Ass. _____



ADD | | | | | | | | | | | |

(A PREENCHER PELO STI)

SINDICATO DOS TRABALHADORES DOS IMPOSTOS

[illegible]

ASSINATURA:

N^a de Sócio: |_|_|_|_|_|

DATA: ____/____/____

Periodicidade de pagamento do prémio dos membros do Agregado Familiar inscritos:

- ☐ Mensal;
- ☐ Trimestral (Janeiro; Abril; Julho e Outubro);
- ☐ Quadrimestral (Janeiro; Maio e Setembro);
- ☐ Semestral (Janeiro e Julho);
- ☐ Anual (Janeiro).