



PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO DE VENCIMENTO PERDIDO POR DOENÇA

Nome do Sócio		Nº ADSE	
Sócio n.º		Categoria	
Local de Trabalho			Telem.
Residência			
Código Postal	-		Telef.
Nº Funcionário		Nº CGA	NIF
Endereço de correio electrónico			

Ano a que se refere o pedido		Quotas pagas no ano a que respeita o pedido	
Valor perdido			
Documentos Anexos:		☐ Declaração do Serviço Processador de Vencimentos ☐ Cópia do recibo do vencimento ☐	

Declaro por minha honra serem totalmente verdadeiras e não conterem omissões, todas as declarações constantes do presente boletim. Declaro igualmente, que aceito as condições do Regulamento do Fundo de Acção Social aplicáveis ao pedido formulado.

_____, _____ de _____ de 20____
O Requerente,

[illegible]