

ANEXO I

**FORMULÁRIO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE APOSENTADORIA
INCENTIVADA**

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	RG:
PIS/PASEP:		
ENDEREÇO:		BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF: CEP:
TELEFONES:		
RESIDENCIAL:	CELULAR:	
EMAIL:		
IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL		
MATRÍCULA	CARGO:	
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:		
ÓRGÃO QUE EXERCE SUAS ATIVIDADES:		
POSSUI TEMPO DE SERVIÇO AVERBADO OU A AVERBAR?		
() SIM		() NÃO

Na qualidade de Servidor Efetivo do Governo do Estado do Amapá,

REQUER:

() APOSENTADORIA INCENTIVADA

Macapá/AP, ____ de ____ de ____

ASSINATURA DO REQUERENTE