

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
Matrícula: _____, Carteira de Identidade N.º _____,
CPF N.º _____, lotado(a) _____,
Telefone (s) _____,

AUTORIZO a proceder ao desconto em Folha de Pagamento, em favor da ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – ASASGDF, no(s) código (s) de desconto (s) abaixo relacionado (s):

CÓDIGO	PRAZO	VALOR R\$
40471	999	
40466	999	
40472	999	

Brasília DF, _____ de _____ de 20_____

Assinatura