



FICHA DE FILIAÇÃO

Nome				Data nasc.		Foto	
Email				Celular			
Estado Civil		Sexo		Naturalidade		RG	
CPF							
Endereço					N		Apto
Bairro		Cep		Cidade			
Vínculo 1 () Estatutário () CLT		Vínculo 2 () Estatutário () CLT		Matrícula 1		Matrícula 2	
Escolaridade () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado		GERES/Cidade					
Lotação 1				Função 1(Profissão)		Regime de trabalho () Plantonista () Diarista	
Lotação 2				Função 2(Profissão)		Regime de trabalho () Plantonista () Diarista	
Admissão 1		Admissão 2		PCCV 1		PCCV 2	
NIV		STP		NIV		STP	
Situação 1: () Ativo () Aposentado () Abono de permanência				Situação 2: () Ativo () Aposentado () Abono de permanência			

Dependente	Data Nasc.	Parentesco	Sexo

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA:

Autorizo a emissão de boleto mensal, desconto em folha de pagamento ou outros meios, referente à mensalidade associativa fixada em Assembleia Geral, no valor correspondente ao percentual de 1% do vencimento base. () Sim () Não

_____ de _____ de 202__

Assinatura



FICHA DE FILIAÇÃO

LEIA - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Em respeito a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as suas informações pessoais aqui coletadas, pedimos que leia este texto antes de realizar o seu cadastro. Através do presente instrumento, eu autorizo que a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, conforme disposto neste termo:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DADOS PESSOAIS

O Titular autoriza a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os seguintes dados pessoais, para os fins que serão relacionados na cláusula segunda:

- Nome completo
- Data de nascimento;
- Números de telefone e endereços de e-mail;
- Número de matrícula na SES/PE;

CLÁUSULA SEGUNDA - FINALIDADE DO TRATAMENTO DOS DADOS

O Titular autoriza que a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - ASAS-PE utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo para as seguintes finalidades:

- Identifique e entre em contato com o titular;
- cadastre-lo (a) como membro da associação
- Tratar os dados conforme a LGPD (sem exposição dos dados pessoais e sensíveis);
- Apresentar o compilado das informações coletadas conforme a LGPD (sem exposição dos dados pessoais e sensíveis).

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e § 2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).

Parágrafo Segundo: Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, conforme previsto na cláusula sexta.

CLÁUSULA TERCEIRA - COMPARTILHAMENTO DE DADOS

A ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com agentes de tratamento de dados internos a comissão organizadora, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

CLÁUSULA QUARTA - RESPONSABILIDADE PELA SEGURANÇA DOS DADOS

A ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei nº 13.709/2020.

CLÁUSULA QUINTA - TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS

A ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE, é permitida manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período de ação firmado para as finalidades relacionadas nesse termo, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

CLÁUSULA SEXTA - DIREITO DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

CLÁUSULA SÉTIMA - TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS DADOS RECOLHIDOS

O titular fica ciente de que a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE deverá permanecer com os seus dados pelo período de ação e existência da Associação.

CLÁUSULA OITAVA - VAZAMENTO DE DADOS OU ACESSOS NÃO AUTORIZADOS - PENALIDADES

As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO / ASAS-PE tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 13.709/2018.



1ª via ASAS-PE

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____,

Vínculo _____, lotado no(a) _____,

CPF _____, autorizo desconto em folha de pagamento da minha contribuição mensal em favor da ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – ASAS-PE, o valor correspondente a 1% (Hum por cento) do vencimento base (conforme Art.9º, parágrafo único do Estatuto).

_____, _____ de _____ de 202__

Assinatura do Associado



FICHA DE FILIAÇÃO



2ª via SAD/SES

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____,

Vínculo _____, lotado no(a) _____,

CPF _____, autorizo desconto em folha de pagamento da minha contribuição mensal em favor da ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – ASAS-PE, o valor correspondente a 1% (Hum por cento) do vencimento base (conforme Art.9º, parágrafo único do Estatuto).

_____, _____ de _____ de 202__

Assinatura do Associado



3ª via SERVIDOR

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____,

Vínculo _____, lotado no(a) _____,

CPF _____, autorizo desconto em folha de pagamento da minha contribuição mensal em favor da ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES ANALISTAS EM SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – ASAS-PE, o valor correspondente a 1% (Hum por cento) do vencimento base (conforme Art.9º, parágrafo único do Estatuto).

_____, _____ de _____ de 202__

Assinatura do Associado