

# TERMO DE ADESÃO AO FAP

Por este instrumento, o (a) infra assinado (a) \_\_\_\_\_, detentor (a) de mandato de Deputado (a) Estadual à \_\_\_\_\_, declara que adere, para todos os efeitos legais, ao Fundo de Assistência Parlamentar, administrado pela União Nacional dos Legisladores e Legislativos Estaduais (Unale), e autoriza o desconto em folha de pagamento o valor de 1/30 (um trinta avos) de seus vencimentos, sempre que for solicitado pela entidade para a recomposição do fundo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do (a) Deputado (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Indico abaixo os meus beneficiados, para receber de forma igualitária, para efeito do Art. 5o da Resolução no 001/99 Unale, de 01 de março de 1999, que dispõe sobre o pagamento do pecúlio do Fundo de Assistência Parlamentar-FAP.

1º \_\_\_\_\_

2º \_\_\_\_\_

3º \_\_\_\_\_

4º \_\_\_\_\_

5º \_\_\_\_\_

6º \_\_\_\_\_

7º \_\_\_\_\_

Senhor (a) Parlamentar, após a assinatura deste termo, ele deverá ser protocolado no setor responsável de sua Casa, para a implementação do desconto. Uma cópia com o carimbo de protocolo deverá ser enviada para:

Enviar para:

Unale - União Nacional dos Legisladores e Legislativos Estaduais  
SGAS 902, Conj. B, Ed. Athenas, Ent. C Salas 120/131 - CEP: 70390-020 - Brasília/DF.  
Fone: (61) 3533-7314 | E-mail: financeiro@unale.org.br



**UNALE**  
UNIÃO NACIONAL DOS LEGISLADORES  
E LEGISLATIVOS ESTADUAIS