

Nome:	Matrícula Empresa:	Matrícula Fundação LIBERTAS:	
Patrocinadora/Empresa:	Data Nascimento:	Data Inscrição:	CPF:
Endereço Residencial:	Nº:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Banco:	Código Agência:	Conta Corrente:	
Telefone Fixo:	Telefone Celular:	E-mail:	

Solicito o cancelamento da minha inscrição no **Plano Previdencial**, administrado por essa Fundação, ciente das implicações deste ato, em conformidade com o Estatuto, Regulamento Específico e normas em vigor.
Caso tenha direito ao recebimento da Reserva de Poupança/Saldo de Contas, autorizo deduzir da mesma quaisquer débitos contraídos na **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do Plano Previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano previdencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste 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.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

ASSINATURA

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Obs.: Anexar cópia da rescisão do contrato de trabalho e comprovante de dados bancários (nome do banco, agência e conta corrente)

PARA USO DO RECURSOS HUMANOS DA PATROCINADORA____/____/____
Data Rescisão de Contrato_____
Assinatura do Responsável do RH**MOTIVO DO CANCELAMENTO:** **DESISTÊNCIA** (Cancelamento) **RESCISÃO DE CONTRATO****FORMA DE PAGAMENTO** **PAGAMENTO ÚNICO** **PAGAMENTO EM ATÉ 12 PRESTAÇÕES MENSAIS.**
Nº PARCELAS _____

Data do Processamento: ____/____/____

DÉBITOS EXISTENTES_____
Responsável