

SINTRAM-SJ - Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de São José

Rua Vanderlei Júnior, nº 05, sala 08 – Ed. Di Bernardi Tower, Campinas, São José/SC – CEP 88.101-010

Fone/fax: (48) 3259-7988 e-mail: atendimento.sintramsj@gmail.com site: www.sintramsj-cut.com

FICHA DE FILIAÇÃO SINDICAL

NOME COMPLETO: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____ Estado: ____

Filiação: _____ e _____
pai mãe

Carteira de Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Data de expedição: ____/____/____

CPF nº _____ - _____ Matrícula: _____

Local de Trabalho: _____

Cargo(s) ou Função(ões) que exerce: _____

Vínculo(s) de Trabalho: EFETIVO () ACT () CLT () CARGO COMISSIONADO ()

Endereço Residencial: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone(s) Particular(es): _____ Telefone Trabalho: _____

E-mail: _____

São José/SC, ____/____/____.

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL EM FOLHA DE PAGAMENTO

Assinatura do(a) servidor(a)

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente, autorizo o Município de São José ou o órgão competente a efetuar o desconto mensal de 1,0% (Um por cento) dos meus vencimentos em favor do **SINTRAM-SJ** - Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de São José.

Por ser verdade, firmo o presente.

NOME COMPLETO: _____

ÓRGÃO VINCULADO: _____

CPF nº _____ - _____ MATRÍCULA: _____

São José/SC, ____/____/____.

Assinatura do(a) servidor(a)