



FICHA DE FILIADO

NOME COMPLETO:

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

END. RESIDENCIAL:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

E-MAIL:

FONE:

CEL:

PREFEITURA ONDE TRABALHA:

SECRETARIA:

LOCAL DE TRABALHO:

CARGO E/OU FUNÇÃO OCUPADA:

DATA DE ADMISSÃO:

MATRÍCULA:

ESTATUTÁRIO ()

CELETISTA ()

ACT ()

Declaro para os devidos fins e efeitos legais e a quem de direito interessar que por ocasião da assinatura do presente, passo a ostentar a condição de filiado (a) ao sindicato, valendo-me dos respectivos direitos e prerrogativas, e em contrapartida, comprometo-me ao cumprimento do estatuto e deliberações da entidade, bem como ao recolhimento das mensalidades estabelecidas pelo estatuto e/ou assembleia, e referente a mensalidade sindical, autorizo desde já o desconto em folha de pagamento, conforme Ato Regimental 01/2019/Diretoria/Sindifoz, e, em relação aos honorários advocatícios eventualmente pagos em decorrência de proveito econômico obtido com demanda judicial individual ou coletiva, submeto-me ao disposto no ato regimental n.º 01/2020/Diretoria/Sindifoz, as quais tive ciência do seu teor, estando as mesmas publicadas na forma do estatuto da entidade.

Itajaí,de.....de.....

ASS:.....



DEPENDENTES CÔNJUGE E FILHOS MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

NOME	DATA DE NASC.	GRAU DE PARENTESCO