|  |
| --- |
| 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 21 ANOS DE IDADE** | | |
| NOME | DATA DE NASC. | GRAU DE PARENTESCO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |