

FICHA DE SINDICALIZADO

Matrícula nº: _____

Nome: _____

Data de Nascimento _____ Estado Civil: _____

Filiação: _____

Empresa onde trabalha: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone/fax: _____ E-mail: _____

Função: _____ Data de Admissão: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Carteira de Trabalho nº: _____ Série: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Dependentes:

Nome do esposo(a): _____ Nasc.: _____

Filho(a): _____ Nasc.: _____

Solicito que seja descontado do meu salário a taxa assistencial no valor de R\$ 25,00.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Associado
