

SINTSPREV-MS

Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde, Trabalho e Previdência Social de MS



FICHA DE CADASTRO SINDICAL

NOME COMPLETO:			
DATA NASC.:		ESTADO CIVIL:	
RG:	ORG. EXP.:	CPF:	
TÍTULO DE ELEITOR:		ZONA	SEÇÃO
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
ENDEREÇO RES:			
BAIRRO:			
CEP:		CIDADE:	UF
TEL. RES.:		TEL. CELULAR:	
E-MAIL:			
SITUAÇÃO FUNCIONAL: () ATIVO () APOSENTADO			
ÓRGÃO EMPREGADOR:			
CARGO/FUNÇÃO:			
N.º SIAPE:		DATA ADMISSÃO:	
CLASSE:		PADRÃO:	
Nº PIS/PASEP:			
CONTA Nº	AGENCIA:	BANCO:	

Pelo presente confirmo minha adesão ao SINTSPREV/MS e, nos termos estabelecidos em seu Estatuto, AUTORIZO o desconto mensal em minha folha de pagamento dos valores inerentes à minha filiação.

_____ – MS, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Filiado(a)

Assinatura Diretor(a) do Sindicato