

Ficha de Sindicalização

Aniversário Autorizo a publicação de meu aniversário nas mídias sociais do SINPROMG?

Data de Nascimento: / / SIM OU NÃO

Informações Data de Sindicalização: / /

FOTO

Dados Pessoais

Nome Completo:

Nome da Mãe:

Sexo: M F Outro Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União Estável

Endereço

Endereço (Rua, Av, Praça, Al.): Número:

Complemento (Apartamento, Bloco, Conjunto):

Bairro: CEP: -

Município: UF:

Telefone: - Celular: - Celular: -

E-mail:

Documentação Pessoal

CPF: - Carteira de Identidade: Órgão: UF:

Título de Eleitor: - Zona: Seção: Matrícula:

Carteira de Trabalho: / Série: Profissão:

ATO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo o desconto no percentual de 1,5% (um por cento e meio), em folha de pagamento, da minha remuneração, a título de mensalidade social em favor do SINPROMG, conforme Estatuto Social e Legislação em Vigor. SIM NÃO

Formação

| Fundamental | Médio | Superior | Pós-graduação (Lato sensu) | Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutor) | Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Completo |

Assinatura do Associado

Assinatura do Responsável - SINPROMG