

SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO AGROPECUÁRIO

☎ (61) 2101-0950 @ sinpaf@sinpaf.org 🌐 www.sinpaf.org f SINPAF Diretoria Nacional 📺 TV SINPAF



FICHA DE FILIAÇÃO

Aposentado(a)? Não Sim, em: __/__/__

Nome: _____

Sexo: __ Nascimento: __/__/__ Naturalidade/UF: _____

Mãe: _____

RG/Órgão emissor: _____ CPF: _____

Empresa/lotação: _____ Cargo: _____

Admissão: __/__/__ Matrícula: _____ SIAPE: _____

CTPS: _____ Série: _____ PIS/PASEP: _____

Estado civil: _____ Endereço: _____

Cidade/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Celular: _____ WhatsApp: _____

E-mail: _____

SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO AGROPECUÁRIO

☎ (61) 2101-0950 @ sinpaf@sinpaf.org 🌐 www.sinpaf.org f SINPAF Diretoria Nacional 📺 TV SINPAF



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE MENSALIDADE SINDICAL

Eu, _____,

CTPS _____, Série _____, CPF _____,

nos termos da legislação vigente (Artigo 545 da CLT), autorizo desconto em folha de pagamento das mensalidades devidas em favor do Sindicato Nacional dos Trabalhadores de Pesquisa e Desenvolvimento Agropecuário - SINPAF, no valor de 1% do meu salário base. Na excepcionalidade de impedimento de desconto em folha de pagamento, fica, desde já, autorizado o envio de boleto bancário ou débito automático em conta corrente (banco e nº _____, agência _____, conta corrente _____).

_____/_____/_____
Cidade Data Assinatura (filiado) Assinatura (presidente da Seção Sindical)