



FICHA DE FILIAÇÃO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____ UF _____ CEP: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____ E _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ TEL/RES: _____

RG: _____ CPF: _____

E-MAIL _____ CELULAR _____

EMPRESA: _____ MATRÍCULA: _____

CARGO: _____ SETOR : _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ LOCAL: _____

SALÁRIO NOMINAL: _____ VALOR/MENSALIDADE _____

AUTORIZO A EMPRESA DA QUAL SOU EMPREGADO A, DESCONTAR A FAVOR DO SINDPD-PB A IMPORTÂNCIA CORRESPONDENTE A 1% (Um por cento), em folha do salário nominal de acordo com o Artigo 545 da CLT e Art. 8º da Constituição Brasileira no(a) qual estou associado(a). E repassar para a Entidade no banco CEF na Agência 0036 OP. 003 - C/C 2665/5.

Outrossim, informamos que o citado desconto somente deve deixar de ser efetuado mediante expressa autorização deste signatário.

.....DE.....DE

Ass:.....