

FICHA DE FILIAÇÃO

FOTO
DO
FILIADO

NOME: _____ SEXO: _____

MATRÍCULA: _____ CARGO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____ E

RG: _____ CPF: _____

PIS/PASEP: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

N. CONTATO: () _____ () _____

SETOR DE TRABALHO: _____ E-MAIL: _____

DADOS COMPLEMENTARES

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO

AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO EM FOLHA

O abaixo assinado _____ matrícula nº _____ ocupante do cargo de _____, pela presente autoriza ao SINDICATO DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS DO ESTADO DA PARAÍBA – SINDFAZPB, a mandar implantar em seu respectivo contracheque o desconto de 2% (dois por cento), dos vencimentos em favor da entidade, **conforme o Art. nº 30, alínea a**, do ESTATUTO do referido Sindicato.

João Pessoa, ___ de _____ de _____

Assinatura