

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____ UF _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Local de trabalho: _____

Cargo: _____ Classe: _____ Nível: _____

Matrícula: _____ Data de admissão: ____ / ____ / ____

RG: _____ Órgão emissor/Estado: _____

CPF: _____

Email: _____

Pelo Presente instrumento autorizo descontar em folha de pagamento em favor do SINTFEPI, o valor de 1% (um por cento) da minha remuneração total.

Assinatura do Sócio: _____

Data de entrega: ____ / ____ / ____

Diretor SINTFEPI