

Nova Inscrição

Alteração

Dados Pessoais

Siape: _____

Nome: _____

Sexo: M F

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____ Cônjuge (se não tiver, outra pessoa para contato): _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail: _____

Telefone 2ª pessoa: (____) _____ E-mail 2ª pessoa: _____

Dados Funcionais

Situação: Ativo Inativo Matrícula: _____ Data Aposentadoria: ____/____/____

Cargo: _____ Lotação: _____ Estado: _____

Telefone Comercial: (____) _____ Ramal: _____ Classe: _____ Padrão: _____

Dados Bancários

Banco do Brasil – Banco 001 Outro – Banco n° _____

Agência n° _____ Conta Corrente n° _____

Requeiro minha filiação junto ao Sindicato dos Servidores do Ministério da Fazenda no Paraná e Santa Catarina - SINDFAZ-PR/SC, e autorizo o desconto da mensalidade em folha de pagamento e/ou débito bancário, o valor de 1% sobre o valor bruto da folha de pagamento, bem como ajuizar ações administrativas e judiciais representativas em meu nome. Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e declaro ainda, concordar que o eventual cancelamento desta autorização dar-se-á somente com o conhecimento do SINDFAZ-PR/SC.

Cidade/UF

Data

Assinatura

OBS: VÁLIDO SOMENTE COM AS CÓPIAS DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE, RG E CPF.