



**Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de Criciúma e Região**

**CUT/ FETRAM/CONFETAM**

**Matrícula nº: \_\_\_\_\_**

Empregado da \_\_\_\_\_ Solicita a Vossa Sra se digne conceder-lhe inscrição como sócio deste Sindicato.

Nome: \_\_\_\_\_

Residente da rua: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_, SC. CEP: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Órgão exp. \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Tipo de Contratação: ( ) Efetivo ( ) ACT ( ) Agente de Saúde ( ) Inclusão Social ( ) ESF

( ) Cargo Comissionado ( ) Aposentado ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a \_\_\_\_\_ a descontar mensalmente em minha folha de pagamento, mensalidades em favor do órgão acima timbrado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

**DEPENDENTES**

Nome do Dependente	Parentesco	Data de Nascimento
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____

**AUTORIZAÇÃO**

Nome do Associado: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Autoriza a \_\_\_\_\_ a descontar mensalmente em minha folha de pagamento, mensalidade em favor do órgão acima timbrado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_