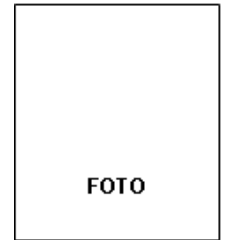




FORMULÁRIO DE FILIAÇÃO SINPF/RO



DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

NOME DE GUERRA DATA DE NASCIMENTO DATA DE NASC. / /

RG ÓRGÃO EMISSOR CPF ESTADO CIVIL

SEXO FILIAÇÃO

DADOS RESIDENCIAIS E CONTATO

ENDEREÇO BAIRRO

CIDADE UF CEP

TEL. () E-MAIL PESSOAL

DADOS RESIDENCIAIS E CONTATO

LOTAÇÃO SITUAÇÃO (ativo/inativo)

MATRÍCULA SIAPE MATRÍCULA DPF DATA DA POSSE / /

CARGO FUNÇÃO CLASSE

E-MAIL FUNCIONAL

DADOS DOS PENDENTES

NOME <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DATA DE <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
NOME <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DATA DE <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
NOME <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DATA DE <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

O (a) signatário (a) vem respeitosamente a vossa senhoria requerer sua filiação no SINPF/RO. neste ato, autorizo o SINPF/RO descontar em folha 1% (um por cento) do meu subsídio em favor do sindicato, estabelecido no estatuto desta entidade em favor do sindicato no qual estou me filiando, a partir desta data.

_____, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO SINDICALIZADO