

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome:				
Endereço:			Cidade:	
Data de Nascimento / /	RG Nº	Órgão Expedidor:	Estado Civil:	CPF:
Cargo:	Local de Trabalho:			SUS:
Titulação:	Data de Admissão: / /	Matrícula:		Categoria:
Telefone:	Email:			
Autorizo a Prefeitura Municipal de Guarabira e/ou IAPM – Instituto de Assistência e Previdência Municipal a descontar 1% (Um por cento) de minha remuneração em folha de pagamento, a título de pagamento de mensalidade, para o SINTEMG na forma do art. 22 do Estatuto Sindical.				
Guarabira, _____/_____/_____				
_____ Assinatura do Associado				
Presidente do Sintemg			Secretária	