

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM VIGILÂNCIA DO ESTADO DO TOCANTINS

PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE SÓCIO

MATRÍCULA SINDICATO										DATA DE FILIAÇÃO														
CPF										NOME COMPLETO														
DATA DE NASCIMENTO					ESTADO CIVIL					NATURALIDADE					UF									
FILIAÇÃO																								
PAI																								
MÃE																								
CEP										Email														
ENDEREÇO																								
BAIRRO/SETOR/CONDOMÍNIO										CIDADE										UF				
CELULAR										CELULAR										TELEFONE RESIDENCIAL				
IDENTIDADE										SSP					CARTEIRA DE TRABALHO					SÉRIE				
EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO										POSTO DE TRABALHO														
FUNÇÃO										ESCALA					D/N					TEMPO DE PROFISSÃO				
																				ANOS MESES				

Palmas_TO, ____/____/____

ASSINATURA

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM VIGILÂNCIA DO ESTADO DO TOCANTINS

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE MENSALIDADE

Eu abaixo assinado, autorizo o desconto em folha de pagamento da Mensalidade Sindical de Acordo com o artigo 8º, inciso IV da Constituição Federal.

MATRÍCULA SINDICATO																			
CPF																			
NOME COMPLETO																			
IDENTIDADE					SSP					CARTEIRA DE TRABALHO					SÉRIE				
EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO										FUNÇÃO									

Palmas_TO, ____/____/____

ASSINATURA