

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

REGISTRO DE FUNCIONÁRIO: _____ E-MAIL: _____

EMPRESA OU PREFEITURA: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

ENDEREÇO UBS / USF: _____

DEPENDENTES

_____ DN ____ / ____ / ____

_____ DN ____ / ____ / ____

_____ DN ____ / ____ / ____

_____ DN ____ / ____ / ____

_____ DN ____ / ____ / ____

_____ DN ____ / ____ / ____

SOLICITO MINHA FILIAÇÃO AO SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO (SINDACS) E AUTORIZO O DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL EM FOLHA DE PAGAMENTO, NO VALOR DE 2% DO MEU SALÁRIO CONFORME ESTATUTO DO REFERIDO SINDICATO, PODENDO ESTE VALOR SER ALTERADO EM ASSEMBLEIA.

Local: _____, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura