

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Nascimento: _____
Endereço: _____ n° _____
Bairro: _____ Povoado: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Dependentes: _____

() Contrato () Efetivo

DADOS PROFISSIONAIS

Unidade Escolar: _____
Cargo que Ocupa: _____ Grau de instrução: _____
Carga horária: _____ Matrícula patronal: _____ Admissão: _____
Porto Seguro, BA _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Filiado(a)

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO SINDICAL

Eu, _____, funcionário (a) público (a), portador (a) do CPF: _____ RG: _____, Residente na Rua _____, Bairro: _____ com endereço eletrônico e-mail: _____, telefone (____) _____, com o número de matrícula patronal _____.

Autorizo e concordo que fornecerei a título de contribuição sindical mensal em favor da APLB - Delegacia Sindical Costa do Descobrimento, com a quantia equivalente a 1,5% (um e meio por cento) do meu salário. Igualmente, autorizo e concordo que este pagamento seja realizado através de desconto junto ao meu recibo salarial emitido pela Prefeitura Municipal de Porto Seguro/BA e/ou como melhor aprover à APLB realizar esta cobrança, seja via desconto em folha, cobrança via boleto bancário, pagamento em carteira, entre outros.

Porto Seguro, BA _____ de _____ de _____

() Contrato () Efetivo

Assinatura do(a) Filiado(a)