



SINDIVACS-DF

Sindicato dos Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde e Agentes
Comunitários de Saúde do Distrito Federal

CNPJ: 09.491.889/0001-21

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____ Sexo: M () F ()

Cargo: _____ Matrícula: _____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____

Lotação: _____ Região de Saúde: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Natural: _____ UF: _____ Estado Civil: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Telefone Fixo: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas acima são verdadeiras. Autorizo que seja consignado, em folha de pagamento mensal, junto aos órgãos competentes, o desconto de 2% (dois por cento) sobre o vencimento básico, ou débito automático em minha conta corrente do BRB ou outro banco que venho a ter pagamento, em favor do SINDIVACS-DF, conforme ESTATUTO. Autorizo ainda, em favor do SINDIVACS-DF, o desconto equivalente a um dia normal de trabalho para fins de Contribuição Sindical Anual consoante o Art. 605 da CLT e do Art. 8º da CRFB/88.

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____