

FICHA DE FILIAÇÃO

Código do Sócio: **ATIVO () INATIVO () PENSIONISTA ()**

DADOS PESSOAIS

NOME					FOT O 3X4	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO M () F ()	CPF	REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EXPEDIDOR		
NATURALIDADE		ESTADO CIVIL	EMAIL			
RESIDÊNCIA		COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE		UF
CEP	TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR			TELEFONE FUNCIONAL

DADOS FUNCIONAIS

MATRÍCULA	NÍVEL	LOTAÇÃO	SETOR	CARGO DE CHEFIA OU ASSESSORIA
GRAU DE INSTRUÇÃO		CURSO SUPERIOR	DATA DE INGRESSO NO FISCO	DATA DE FILIAÇÃO

DADOS FAMILIARES

NOME DO CÔNJUGE	PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DO PAI		NOME DA MÃE

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME	VÍNCULO	DATA DE NASCIMENTO

OBSERVAÇÃO

SE PENSIONISTA, PREENCHA O NOME DO INSTITUÍDOR(A)

DOADOR DE SANGUE SIM () NÃO ()	DOADOR DE ÓRGÃOS SIM () NÃO ()
--	--

() DESEJO RECEBER NOVIDADES DO SINDIFERN POR E-MAIL, BEM COMO INFORMAÇÕES SOBRE CONVÊNIOS

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

AUTORIZO O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO SINDICAL ANUAL E MENSAL, DOS MEUS VENCIMENTOS E VANTAGENS COMO AUDITOR FISCAL DO TESOIRO ESTADUAL JUNTO AO GOVERNO DO ESTADO/SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR E/OU DECISÃO EM ASSEMBLÉIA A PARTIR DE ____/_____/_____.

Presidente do SINDIFERN

Assinatura do Filiado