

PROPOSTA DE FILIAÇÃO

1. DADOS PESSOAIS

Nome _____				Foto 3x4
Nome Social _____				
End. Residencial _____				
Setor/Bairro _____	Cidade _____	UF _____	CEP _____	
Gênero _____	Estado Civil _____	Grau de Instrução _____	CPF _____	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro				
PIS/PASEP _____	RG _____	Órgão Exp. _____	Naturalidade _____	UF _____
Fone Residencial _____	Fone Celular _____	Fone do Trabalho _____	Ramal _____	Data de Nascimento / /
Filiação _____				
1		2		

2. DADOS FUNCIONAIS

Órgão Empregador _____		Siape _____	MatrículaSIRH _____	
Situação _____	Admissão no Serv. Público	Classe/Referência/Padrão	Nível	Vencimento Básico
<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outro	/ /			
Endereço de Trabalho _____		E-mail profissional _____		
Cargo _____		E-mail Pessoal _____		

3. DEPENDENTES

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

DECLARAÇÃO

1- Em cumprimento ao disposto no Estatuto Social e no Regimento Interno do SindGCT, e nas suas alterações, autorizo expressamente o desconto em folha de pagamento da contribuição mensal de 1% sobre o vencimento básico, incidindo esse desconto sobre o 13º salário e férias, em favor do SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DA CARREIRA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E INFRAESTRUTURA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA.

2- Autorizo expressamente o desconto em folha de pagamento da contribuição anual e da contribuição confederativa, ambas de recolhimento em parcela única anual. Ser-me-á facultado o direito de cessar a autorização do desconto da contribuição anual, desde que o faça por escrito, em requerimento dirigido à Diretoria de Administração, Finanças e Patrimônio do SindGCT.

3- Autorizo expressamente, em caso de impossibilidade de cobrança em fo-

lha de pagamento, a cobrança através de serviço de débito automático em conta corrente bancária em banco, agência e conta corrente por mim abaixo indicados.

4- Autorizo expressamente, em caso de impossibilidade de cobrança em folha de pagamento, ou a cobrança através de serviço de débito automático em conta corrente bancária, a cobrança através de boleto emitido pelo SindGCT e enviado ao endereço por mim indicado.

5- Fico ciente de que, em caso de descontinuidade de pagamento, sem solicitação de desfiliação sindical prévia, por ausência ou alteração de informação necessária à cobrança devida, que o débito ficará em aberto, sendo minha responsabilidade legal a sua quitação.

6- Fico ciente de que caberá a mim a atualização dos dados cadastrais necessários para os atos aqui descritos.

Data: ___/___/_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Assinatura

Aprovação pela Diretoria