



Desde 2004



FOTO

Registro Sindical junto ao CNES/MTE: 46000.020980/2004-08 por Despacho publicado no D.O.U. em 16/06/2009
 Registro junto ao Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Maringá-PR: 4.724, Livro A-12
 CNPJ: 06.957.774/0001-91

FICHA DE FILIAÇÃO

MATRÍCULA:	Fundador []	Atualização: []	Filiação Nova: []	*para uso exclusivo do Sindicato
------------	--------------	------------------	--------------------	----------------------------------

DADOS PESSOAIS

NOME:				
RG:	expedida em ___/___/___	Órgão Expedidor: SSP/	CPF:	
Naturalidade (cidade de nascimento):	Nacionalidade: [] Brasileira [] Outra	Data/Nascimento: ___/___/___	Tipo Sanguíneo: Doador de sangue: Doador de medula: Doador de órgãos e pele:	[] Sim [] Não [] Sim [] Não [] Sim [] Não
Estado Civil:	Cônjuge:			
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cidade:			UF:
CEP:	Fone Residencial com DDD:	Celular (es) com DDD:		
E-mail Expresso:	E-mail (s) Particular (es) (informar o mais utilizado):			
Escolaridade (Graduação, Pós, Mestrado e Doutorado):				

DEPENDENTES

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	RG. nº.

DADOS PROFISSIONAIS

Local de Trabalho atual:	Cidade:	Lotação:		
CARGO	[] Agente Fazendário Estadual – AFE-C [] Agente Fazendário Estadual – AFE-B [] Agente Fazendário Estadual – AFE-A	Fone Comercial: ()	Fax Comercial: ()	
Admissão no Serviço Público: ___/___/___	Admissão no SINDIFAZCRE-PR: ___/___/___	Situação Funcional atual: () ATIVO () APOSENTADO () PENSIONISTA		

REQUERIMENTO

Através da presente FICHA de FILIAÇÃO, venho REQUERER minha Filiação no SINDIFAZCRE-PR Sindicato dos Servidores da Secretaria de Estado da Fazenda e Coordenação da Receita do Estado do Paraná. AUTORIZO o desconto da mensalidade sindical diretamente em minha folha de pagamento, conforme o contido no Estatuto (1% sobre o vencimento básico), ou outra forma decidida pela Entidade com autorização da Assembleia Geral, e de acordo com procedimentos próprios adotados pela Entidade. AUTORIZO o SINDIFAZCRE-PR a impetrar ações administrativas, judiciais e representativas (*individuais e/ou coletivas*) em meu nome, de acordo com as decisões das instâncias superiores da Entidade. RESPONSABILIZO-ME pela exatidão das informações aqui prestadas. DECLARO-ME ciente e conhecedor dos meus direitos, deveres e obrigações para com o SINDIFAZCRE-PR, conforme o constante no seu Estatuto. COMPROMETO-ME a cumprir e obedecer o contido no Estatuto e ainda as decisões emanadas das instâncias superiores da Entidade.

REQUERIDO em: ___ de ___ de 20__ . _____ (Assinatura do Requerente)

DEFERIDO em: ___ de ___ de 20__ . _____ (Diretor-Presidente do SINDIFAZCRE-PR)

FAVOR ANEXAR (cópias): RG, CPF, último contracheque, Certidão de Casamento, comprovante de residência atualizado, Diplomas, 2 fotos 3x4

Endereço: Av. Bento Munhoz da Rocha Neto nº 891 – Sala 1 – Zona 7 – CEP 87030-010 – Maringá – Paraná – Fone (44) 3028.5254
 Portal Institucional: www.sindifazcre-pr.org.br – E-mail: sindifazcrepr@gmail.com – financas@sindifazcre-pr.org.br