



# SINTFESP-GO/TO

SINDICATO DOS TRABALHADORES FEDERAIS EM SAÚDE E PREVIDÊNCIA

Filiado à CUT, CNTSS e FENASPS

## FICHA DE FILIAÇÃO

Eu, _____,					
C.P.F.: _____ C.I.: _____ SSP _____ Matrícula _____					
venho, de livre e espontânea vontade, de acordo com as normas constitucionais pertinentes, requerer à Diretoria Executiva Colegiada do SINTFESP GO/TO, nas formas estatutárias do Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência no Estado de Goiás e Tocantins (SINTFESP-GO/TO), a minha sindicalização.					
Nacionalidade		Naturalidade		Estado civil	
Data de Nascimento ____/____/____		Sexo ( ) Fem ( ) Masc		Grau de Instrução	
Endereço		Bairro			
Cidade			UF	CEP	
Fone Residencial	Celular	Fone Comercial	E-mail:		
Situação Funcional Ativo ( ) Aposentado ( )			Lotação:	Data de admissão ____/____/____	
Cargo				PIS/PASEP	
Classe				Padrão	
Nome do Cônjuge				Nº de dependentes	

## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Para tanto declaro conhecer e comprometo-me a cumprir todos os direitos e deveres inerentes à relação sindicato/sindicalizado, de acordo com o Estatuto do Sindicato e autorizo o desconto em folha, para pagamento conforme deliberação de percentual da Assembléia Geral de Associados, no valor de 0,65% (da remuneração), ART. 102, em favor do SINTFESP GO/TO.

Fica o SINTFESP GO/TO autorizado, desde já efetuar o desconto de 10%(dez por cento), a título de honorário advocatícios em minha folha de pagamento, sobre o valor total nas ações judiciais patrocinadas por seus advogados quando o valor auferido e pago administrativamente após o ajuizamento da ação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Diretoria Colegiada do SINTFESP-GO/TO.

PEDIDO DEFERIDO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS.: Preencher com letras legíveis e entregar pessoalmente ou enviar pelo correio. Anexar uma cópia do contracheque. Não aceitaremos por FAX.