

FICHA PARA FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO

DADOS FUNCIONAIS

SIAPE:

DATA DE ADMISSÃO

INSTITUIÇÃO

CAMPUS:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

SETOR:

CARGO:

RECEBE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO?

Sim

Não

Percentual:

 %

SITUAÇÃO: Ativo Aposentado - DATA DA APOSENTADORIA:

NÍVEL DE CAPACITAÇÃO: I II III IV

PADRÃO DE VENCIMENTO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VOCÊ UTILIZA PLANO DE SAÚDE?

Sim

Não

QUAL?

AUTORIZAÇÃO PARA MENSALIDADE SINDICAL E OUTRAS DESPESAS

Eu, acima identificado (a), autorizo o recolhimento de **despesas contraídas por mim e mediadas pelo Sindicato**, e da **Mensalidade Sindical** em favor do **ATENS Sindicato Nacional**, CNPJ 17.439.137/0001-40, nos termos de suas disposições estatutárias, por meio de débito mensal (consignação) em meu contracheque ou boleto bancário ou equivalente eletrônico (débito em conta corrente). No caso de pagamento por meio de boleto bancário ou equivalente eletrônico, autorizo desde já, o envio dos respectivos documentos para minha residência ou endereço profissional ou eletrônico (e-mail).

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ C/Corrente: _____

Cidade: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura: _____



O associado se compromete com a veracidade das informações preenchidas por ele neste formulário e com a atualização de seus dados.