



Ficha de Sindicalização

A ser preenchido pelo Sindicato

Data de Sindicalização: ____/____/____

Nome:

Matrícula:

Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade: _____ UF _____

Estado Civil: _____

RG: _____ Org. Exp. _____ CPF _____

Unidade/Setor de Lotação: _____

Quadro:

Permanente ()

Contratado ()

CATEGORIA FUNCIONAL:

() Auxiliar/Técnico de Enfermagem

() Enfermeiro

Endereço Residencial:

Logradouro: _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

Fone: _____ Celular _____

E-mail: _____@_____

E-mail: _____@_____

O (a) signatário (a) deste, acima identificado, requer a sua inscrição como filiado ao SINDENF, e autoriza ao setor competente do seu órgão de origem (órgão pagador) a consignar em sua folha de pagamento, o valor correspondente à mensalidade em benefício da Entidade Sindical, equivalente ao valor deliberado em Assembleia Geral de seu subsídio ou vencimento base, no valor de 1% (um por cento). Valor este que deverá ser descontado na rubrica própria do Sindicato e creditado à sua conta.

Fica, ainda, o SINDENF AUTORIZADO a representá-lo (a) como substituto processual em quaisquer ações ou processos, na esfera administrativa ou judicial que envolva seus direitos coletivos ou individuais, nos termos do Estatuto da Entidade.

Dourados –MS, ____/____/____

Assinatura do Sindicalizado: