



SINSAFISPRO-RJ

SINDICATO DOS SERVIDORES DAS AUTARQUIAS DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL E ENTIDADES COLIGADAS
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua Álvaro Alvim, 37/811-812-814 - Centro - Rio de Janeiro - Tel. 2524-5128/4956

CNPJ 40.320.061/0001-50 - AESB 2400.002988/92 - PUBLICADO NO D.O.U. DE 15/07/1992

NOME: _____

FILIAÇÃO: PAI: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE:() _____ CELULAR:() _____

E-MAIL: _____

ESTADO CIVIL: _____

IDENTIDADE: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

CARTEIRA PROFISSIONAL: _____ CPF: _____

AUTARQUIA: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

CARGO: _____ MATRÍCULA: _____

Foto 3 X 4

DEPENDENTES

NOME:	GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE NASCIMENTO:

Assinatura do Filiado

Diretor SINSAFISPRO

Filiação no SINSAFISPRO

____/____/____



SINSAFISPRO-RJ

SINDICATO DOS SERVIDORES DAS AUTARQUIAS DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL E ENTIDADES COLIGADAS
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua Álvaro Alvim, 37/811-812-814 - Centro - Rio de Janeiro - Tel. 2524-5128/4956

CNPJ 40.320.061/0001-50 - AESB 2400.002988/92 - PUBLICADO NO D.O.U. DE 15/07/1992

TERMO DE AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____
(Nome em letra de forma)

Servidor do _____,
(Autarquia)

Autorizo o desconto mensal correspondente a 1% (um por cento) do meu salário base em favor do SINDICATO DOS SERVIDORES DAS AUTARQUIAS DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL E ENTIDADES COLIGADAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, a partir desta data.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 200____

Assinatura

DEFERIDO EM: _____ / _____ / _____

Por _____