

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

NOME _____

DATA DO NASCIMENTO _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO

RG _____ CPF _____

DADOS PROFISSIONAIS

MATRÍCULA _____ CARGO _____

SERVIDOR DESDE ___/___/___ LOTAÇÃO _____

TELEFONE DO TRABALHO _____ RAMAL _____

ENDEREÇO E CONTATOS

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TIPO () RESIDENCIAL () MP

TELEFONE RESIDENCIAL _____ CELULAR _____

E-MAIL _____

Solicito meu ingresso no quadro social do Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado do Ceará SINSEMPECE, comprometendo-me a cumprir seu Estatuto e autorizo a descontar mensalmente em minha folha de pagamento da contribuição mensal, observado o disposto no art. 39, do Estatuto Social do SINSEMPECE.

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA