



FICHA DE FILIAÇÃO SINSEMPECE

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

TIPO: () RESIDENCIAL () MP

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____

TELEFONE COMERCIAL: (____) _____

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