

**FICHA DE FILIAÇÃO AO SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE GARIBALDI – SSPMG**

Nome completo* _____

Filiação: Mãe* _____

Pai _____

Data de nascimento* ____/____/____

CPF* _____ **RG*** _____

Endereço* _____ **Número*** _____

Complemento _____ **Bairro*** _____

Telefones* (____) _____ (____) _____

E-mail _____

Nome do cônjuge _____

Dependentes _____

Secretaria onde está vinculado(a)* _____

Local de trabalho* _____

Cargo* _____ **Matrícula*** _____

Regime de trabalho* Nomeação Contrato Pensionista

Data de filiação* ____/____/____

Solicito a inclusão no Quadro de Sócios e autorizo o desconto da mensalidade de R\$10,00 (dez reais) na folha de pagamento a partir do mês de _____ de 202__.

*campos obrigatórios

*assinatura deve ser manual (à caneta), com certificado digital ou eletrônica (via gov.br)

Assinatura*