



SINDICATO DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME:.....

CARGO:.....

COMARCA:.....

SETOR DE TRABALHO:.....

NATURALIDADE:.....

DATA DE NASCIMENTO:.....

FILIAÇÃO:.....

.....

CÔNJUGE:.....

END. RESIDENCIAL:.....

.....

CART. IDEN:.....**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**.....

CPF Nº:.....

Nº MATRÍCULA:.....

E-MAIL:.....

FONES:

AUTORIZAÇÃO: Autorizo consignar em folha de pagamento 2% (dois por cento) do meu vencimento base em favor do SINDICATO DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE, conforme o Art. 3º, alínea “d”, do atual Estatuto.

AUTORIZAÇÃO²: Autorizo o Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário do Estado do Acre, a descontar das minhas verbas rescisórias débitos porventura contraídos junto às empresas conveniadas com o sindicato.

Rio Branco-Acre, ____/____/____.

ASSINATURA DO SINDICALIZADO