

FICHA DE ASSOCIAÇÃO

Nome Completo: _____

Gênero: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

RG: _____ Órgão: _____ Data Emissão: ____ / ____ / ____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Endereço: _____ Número: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____ Comercial: _____

Empresa que trabalha: _____ Telefone: () _____

Cargo: _____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____

E-mail 1: _____ E-mail 2: _____

Valor mensal R\$ 20,00 com desconto em folha de pagamento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

O trabalhador abaixo assinado autoriza a partir da data do recebimento deste, à empresa descontar em folha de pagamento, mensalmente, em favor do SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE CONSÓRCIOS DO ESTADO DO PARANÁ – SINTRACON, a importância referente à mensalidade de filiação, de acordo com o Artigo nº 545 CLT – Consolidação das Leis do Trabalho e CCT – Convenção Coletiva de Trabalho (cláusula 34ª).

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura