

SINTAPPI-MG**Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Assessoramento, Pesquisas, Perícias, Informações e Congêneres de Minas Gerais.**Rua dos Timbiras, 2595 – Lourdes – Belo Horizonte/MG – CEP: 30.140-063
Fone: 3303-7504 - www.sintapping.org.br - arrecadacao@sintapping.org.br**PARA USO DO SINTAPPI-MG**Código Empresa:
Inscrição nº:

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

NOME LEGÍVEL: _____

ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____ E-mail: _____

NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____ NATURALIDADE: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____ CTPS: _____ SÉRIE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ PROFISSÃO: _____

Foto

DEPENDENTE(s)

NOME	PARENTESCO	IDENTIDADE	NASCIMENTO
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

FIRMA EMPREGADORA:

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CNPJ: _____ FONE/FAX: _____ E-mail: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGO: _____ SALÁRIO: _____

LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CNPJ: _____ FONE/FAX: _____ E-MAIL: _____

ASSOCIOU-SE EM: ____/____/____

DESFILOU-SE EM: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

ASSOCIADO

ASSINATURA

DIRETOR SINDICAL / RESPONSÁVEL

ASSINATURA

SINTAPPI-MG**Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Assessoramento, Pesquisas, Perícias, Informações e Congêneres de Minas Gerais.**

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

NOME LEGÍVEL: _____

FIRMA EMPREGADORA: _____ Matrícula N° _____

Autorizo a descontar 0,5% do salário em folha de pagamento em caráter de mensalidade social ao SINTAPPI-MG.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Associado

Assinatura do Diretor Sindical / Responsável

SINTAPPI - MG