

Nº Ordem:

PROPOSTA PARA SÓCIO

Nome:

Data de Nascimento: - - Raça: Sexo:

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone: - - Celular: - -
DDD DDD

Admissão: Banco: Ag.:

Matrícula: CPF:

Função: C/C:

Identidade: Órgão Expedidor:

E-mail 1:

E-mail 2:

Filiado por:

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

Na conformidade do art. 545 da CLT, autorizo meu empregador a efetuar a favor do Sindicato, em minha folha de pagamento, o desconto da mensalidade social. Carência para desfiliação, 12 (doze) meses.

ASSINATURA DO PROPOSTO

Ipatinga, _____ de _____ de _____