

SINDSEMPMG

Sindicato dos Servidores do Ministério Público de Minas Gerais

PEDIDO DE FILIAÇÃO DE SÓCIO

MATRÍCULA

DADOS PESSOAIS

NOME:		TELEFONE RESIDENCIAL / CELULAR: () / ()	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	
IDENTIDADE:	ORGÃO EMISSOR:	CPF:	GRAU DE INSTRUÇÃO:
SITUAÇÃO:	ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE CELULAR: ()	TELEFONE COMERCIAL: ()	

DADOS PROFISSIONAIS

LOCAL DE TRABALHO:	CIDADE:
ENDEREÇO PROFISSIONAL:	
CARGO:	
CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL):	

DEPENDENTES

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:

TERMO DE CIÊNCIA:

Requer sua filiação como sócio do SINDSEMPMG, a fim de gozar de todos os benefícios e vantagens que o Sindicato ofereça, através de convênios médico-hospitalar-dentário, seguros, inclusive participação em atividades sócio-recreativas, culturais e esportivas, votar na Assembleia Geral e demais direitos estatutários. Autorizo o desconto do valor de 5% de um salário mínimo sobre meu vencimento mensal, pelo Ministério Público de Minas Gerais, a título de contribuição de associado do SINDSEMPMG

ASSINATURA DO ASSOCIADO:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

ESPAÇO DE PREENCHIMENTO RESERVADO AO SINDSEMPMG:

Data ___/___/_____ Assinatura _____