

FICHA DE FILIAÇÃO

DATA ____/____/____ N° _____

Nome: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ Cep: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Tel. Cel : (____) _____ Sexo: F () M () Outros ()

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

E-mail: _____

DADOS DO EMPREGADOR - (Espaço destinado ao preenchimento da Empresa)

Empregador: _____

CNPJ: _____

Função: _____

Data Admissão: ____/____/____.

Cidade: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu: _____, funcionário (a)
da empresa _____, com o código de
registro de filiado n° _____, AUTORIZO o empregador a descontar mensalmente 2% (dois
por cento) sobre o meu salário base, em favor do SINDICATO DOS TRABALHADORES EM
ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUL DO ES - SITESCI, ao qual sou
filiado de livre e espontânea vontade, conforme previsto na Constituição Federal e na CLT
(Art.545).

Cachoeiro do Itapemirim - ES, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) Filiado (a)