**PROPOSTA DE FILIAÇÃO / FICHA DE MATRICULA**

|  |
| --- |
| **Matrícula nº**  **uso do sindicato** |

**Dados Pessoais**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do(a) Funcionário(a)** | | | | **N° PIS/PASEP** (OBRIGATÓRIO) |
| **CPF** | **Identidade/Órgão** | | **Data Nascimento** | **Carteira de Trabalho** |
| **Endereço Residencial (Rua, Av., Nº, Aptº)** | | | | |
| **Bairro** | | **Cidade** | **UF** | **CEP** |
| **Telefone Residencial** | | | **Celular** | |
| **Endereço Eletrônico (E-mail)** | | | **Profissão** | |
| **Sexo** | | **Estado Civil** | **Grau de Instrução** | |

**Dados Funcionais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cooperativa** | **Matrícula Funcional** | |
| **CNPJ da Cooperativa** | **Ramo Cooperativismo** | |
| **Endereço Completo da sede da cooperativa** | | |
| **Endereço Completo do local de trabalho** | | |
| **Cargo/Função** | **Data de Admissão** | **Telefone/Ramal** |

**Dependentes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | | **Sexo** | **Data Nascimento** | **Parentesco** | |
|  | |  |  |  | |
|  | |  |  |  | |
|  | |  |  |  | |
|  | |  |  |  | |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM FOLHA DE PAGAMENTO**  Autorizo desconto em folha de pagamento da  minha mensalidade  social  como   associado do **SINDICATO DOS TRABALHADORES CELETISTAS NAS COOPERATIVAS DO DISTRITO FEDERAL – SINTRACOOP - DF, bem como das demais contribuições assistenciais e taxas definidas em Assembléia Geral do SINTRACOOP - DF**  , \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Empregado | | | | |
| **FILIAÇÃO**  Efetivada filiação em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Assinatura do Presidente do SINTRACOOP/DF | **Carimbo do CNPJ da Cooperativa** | | | |