



Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Trairi

Registro Sindical – Nº: 46010.002100/2001-41 DOU 06/07/2007 Seção 1 Pág. 90 - MTE

(Avenida Padre Tomás Feliu Amengual – 263 – Centro – Trairi – CE)



FICHA DE FILIAÇÃO

Nº DA MATRÍCULA: _____

DADOS PESSOAIS				
Nome:		FOTO 3X4 (atual)		
Data de nascimento:	Naturalidade:			
UF:	Nacionalidade:			
Sexo: () Masc. () Fem.	Cor/Etnia:			
RG:	Órg. Exp.:			Data de Exp.:
CPF:	PIS/PASEP:			
Título de eleitor:	Seção:			Zona:
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () União Estável				
Formação acadêmica:				
Possui filhos de 0 a 16 anos: () Sim () Não				
OBS: se "sim", preencher campos destinados aos dependentes no verso desta ficha.				
Filiação:	Pai:			
	Mãe:			
ENDEREÇO PESSOAL / CONTATO				
Endereço atual:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone(s) celular(es): ()				
Email:				
DADOS FUNCIONAIS				
Ingresso no Serviço Público através de: () Concurso - Portaria de Nomeação Nº: _____ ou () CLT				
Seu concurso está vinculado a qual secretaria e/ou órgão público municipal:				
Vínculo: () Estável; () Concurso 95; () Concurso 97; () Concurso 98; () Concurso 2002; () Concurso 2004; () Concurso 2006; () Concurso 2007; () Concurso 2012; () Ampliação C/H				
Data de admissão:				
Local de trabalho atual:				
Função/Cargo:		Matrícula Nº:		
Regime atual de trabalho: () Estatutário () CLT () Contrato temporário () Estágio				
SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL				
() Ativa () Inativa () Aposentada () Licença médica () Lic. sem remuneração () Pensionista				

ART. 9º, PARÁGRAFO II – AUTORIZAÇÃO EXPRESSA PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO SINDICAL.

Eu, _____, (profissão) _____
portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, em consonância ao
disposto do Art. 9º, Parágrafo II, do ESTATUTO DO SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE TRAIRI,
autorizo o desconto mensal de 1,5% (um e meio por cento) dos meus vencimentos em prol do SINDICATO DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE TRAIRI – SISPUMT – Trairi – CE, de acordo com minha carga horária mensal total
e vínculo(s) selecionado(s) anteriormente (DADOS FUNCIONAIS) a partir de ____ de ____ de ____.
Por fim, declaro serem verídicas todas as informações aqui prestadas e peço deferimento.

Trairi – CE, ____ de ____ de ____.

Assinatura do requerente (servidor)

Assinatura do Presidente - SISPUMT

Homologação do presidente da entidade de classe – Art. 5º. § 1º do Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Trairi – CE.

*Anexar cópias do RG, CPF e Comprovante de Residência atual.

DEPENDENTES

Nº	NOMES	DATA DE NASCIMENTO
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		
06.		
07.		
08.		
09.		
10.		

Assinatura do requerente (servidor)

