



SINDICATO DOS SERVIDORES
DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA

FICHA DE FILIAÇÃO AO SINDSEMP-BA

DADOS PESSOAIS

NOME

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO:

NÚMERO DE DEPENDENTES:

ENDERECO RESIDENCIAL:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

E-MAIL:

TEL.:

TEL.:

FILIAÇÃO

PAI:

MÃE:

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

GRAU DE INSTRUÇÃO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO

CURSO (SUPERIOR)

DADOS DOCUMENTAIS

RG:

ÓRGÃO EXPEDITOR/UF:

CPF:

DADOS FUNCIONAIS

LOTACÃO/SETOR:

MATRÍCULA:

CARGO/FUNÇÃO:

DATA DA POSSE/ADMISSÃO:

ENDERECO:

CIDADE:

TEL.:

E-MAIL:

Declaro serem verdadeiras as informações por mim prestadas acima e, ainda, estar de acordo com o Estatuto Social do SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA BAHIA – SINDSEMP-BA, ao qual venho REQUERER a minha afiliação.

FILIADO

Salvador, ____ de _____ de 201__.



SINDICATO DOS SERVIDORES
DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA BAHIA

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

DADOS PESSOAIS

NOME:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

E-MAIL:

TEL.:

TEL.:

RG:

ÓRGÃO EXPEDITOR/UF:

CPF:

DADOS FUNCIONAIS

LOTAÇÃO/SETOR:

MATRÍCULA:

CARGO/FUNÇÃO:

DATA DA POSSE/ADMISSÃO:

CIDADE:

TEL.:

E-MAIL:

Declaro estar de acordo com o desconto mensal sobre o meu vencimento básico, nos termos do art. 7º do Estatuto, conforme definido e aprovado em Assembleia Geral, ao tempo em que SOLICITO A CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO da referida contribuição, a ser depositada em favor do SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA BAHIA – SINDSEMP/BA.

FILIADO

Salvador, ____ de _____ de 201__.