

# FICHA DE SÓCIO

Matrícula Sindical:

Reg.Prof. Nº:

DRT/SRT:

Data:

Nome \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ CTPS \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Endereço residencial \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Fone Fixo \_\_\_\_\_ Celular (1) \_\_\_\_\_ Celular (2) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Facebook \_\_\_\_\_

Dependentes: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empresa/Onde Trabalha \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Recife \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Presidente

Venho por meio desta, autorizar o desconto de 2% em folha de pagamento na Empresa que trabalho, ou pagar no Sindicato como autônomo, a título de mensalidade associativa em favor do Sindicato dos Radialistas do Estado de Pernambuco, de acordo com o disposto no artigo 545, da CLT, Consolidação da lei do Trabalho.

Assinatura do Proponente