SINDILIMP AGRESTE
FETRALIMP-BA contracs ISP CUT

FICHA DE FILIAÇÃO ASSOCIATIVA

NOME:		**MATRÍCULA ASSOSIADO:**
NACIONALIDADE:	**NATURALIDADE:**	
RG:	**CPF:**	
CTPS Nº:	**SÉRIE Nº:**	
DATA NASCIMENTO: / /	**PIS:**	**ESTADO CIVIL:**
FILIAÇÃO:		
ENDEREÇO:		**Nº**
BAIRRO:	**CIDADE:**	
CEP:	**TEL. FIXO:**	**TEL. CELULAR:**
EMPRESA ATUAL:	**CNPJ:**	
TEL.:	**FUNÇÃO:**	

AUTORIZAÇÃO

EU, _____ supra qualificado (a), na qualidade de afiliado e sócio contribuinte do Sindicato dos Trabalhadores em Limpeza Pública Urbana, Comercial, Industrial, Hospitalar, Asseio, Conservação, Jardinagem e Controle de Pragas Intermunicipal - Sindilimp Agreste, inscrita no CNPJ: 18.431.165/0001-83, e de acordo com o Art. 545 da CLT, autorizo a todo e qualquer empregador a descontar em folha de pagamento mensalmente o valor de _____% (_____) a titulo de Mensalidade Sindical conforme deliberado em Assembleia Geral.

_____, _____ de _____ de _____

_____

ASSINATURA DO ASSOSSIADO

ATUALIZAÇÃO EMPREGADORA	
EMPRESA:	
CNPJ:	**TEL:**
EMPRESA:	
CNPJ:	**TEL:**