

Razão Social **SIND-SAÚDE/MG****Ficha de Sindicalização****SIND-SAÚDE/MG**Filiação Recadastramento **SINDICATO ÚNICO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS****TRABALHADOR(A)**

Nome: _____ Masp/Chapa/Mat.: _____

Cargo: _____ Município de exercício: _____

Órgão de exercício: _____ e-mail: _____

Endereço Residencial (Rua ou Av., Nº): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone:() _____ Cep: _____

*Pela presente venho requerer minha inscrição no quadro de associados do **SIND-SAÚDE /MG**, estando de pleno acordo com o seu Estatuto Social e, autorizo o desconto da mensalidade sindical, estipulada pelo estatuto da Entidade, o percentual de 1% (um por cento) da remuneração, em folha de pagamento, a partir desta data.***DADOS COMPLEMENTARES**

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____ Admitido em: _____ PASEP: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: Fem. Masc. Estado Civil: _____

Nome do pai: _____ Nome da mãe: _____

Unidade de trabalho: _____ Escolaridade: _____

Endereço do Trabalho (Rua ou Av., Nº): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone do trabalho: () _____

SES FHEMIG FUNED HEMOMINAS UNIMONTES SAMU
 EMPREGADO PÚBLICO PREFEITURA _____EFETIVO CONT. ADMINISTRATIVO APOSENTADO EX-BOLSISTA **DEPENDENTES ou FAMILIARES (Nome completo)**

01- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

02- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

03- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

Local _____ Data _____ Assinatura do(a) Trabalhador(a) _____

ENTIDADELocal _____ Data _____ Assinatura do Responsável/**SIND-SAÚDE** _____