

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) \_\_\_\_\_

**ENTIDADE**Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável/**SIND-SAÚDE** \_\_\_\_\_