



SINDJUF/PB

**SINDICATO DOS TRABALHADORES DO PODER
JUDICIÁRIO FEDERAL NO ESTADO DA PARAÍBA.**

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME:			
CPF:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		
MATRICULA ÓRGÃO:			
ENDERREÇO:			
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CIDADE:		CEP:	
E-mail institucional			
CELULAR ()			
CARGO:		LOTAÇÃO:	

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo o desconto em folha de pagamento ou em conta salário, em favor do SINDJUF/PB, SINDICATO DOS TRABALHADORES DOS TRABALHADORES DO PODER JUDICIÁRIO FEDERAL NO ESTADO DA PARAÍBA, da mensalidade sindical correspondente ao percentual estabelecido no estatuto sobre o valor do vencimento básico, do(a) servidor(a), bem como das contribuições definidas em assembleia geral da categoria e do pagamento mensal de eventual dívida que tenha sido contraída com o Sindicato ou por seu intermédio, disciplinadas no (art. 8º, I, a,b,c do Estatuto do SINDJUF/PB).

Data da Filiação: Local:

Coordenador Executivo :

Ass. Do Sindicalizado:

.....