



SINDJUF/PB
SINDICATO DOS TRABALHADORES DO PODER
JUDICIÁRIO FEDERAL NO ESTADO DA PARAÍBA.

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME:		
CPF:		D. NASCIMENTO: ____/____/____
MATRÍCULA-ÓRGÃO:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		CIDADE
E-mail Institucional:		
E-mail Pessoal:		
CELULAR ():		
CARGO:		LOTAÇÃO:

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a utilização/tratamento dos meus dados pessoais para fins de representação sindical nos termos da LGPD (Lei nº 13.709/2018) e 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 Estatuto do SINDJUF/PB.

Data da Filiação: Local:

Coordenador(a) Executivo(a) :

Ass. Do(a) Sindicalizado(a):

.....