



FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

*Nome:		
RG:	*CPF:	
*Data de Nascimento:	Estado Civil:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:		
Telefone/ Celular:		

* Dados obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Função: () ACS () ACE	Data de Admissão:
Matrícula:	Cidade:
Área Urbana () Área Rural ()	Regime: () Estatutário () CLT () PSS

Declaro expressamente que estou ciente dos meus direitos e deveres constante no Estatuto desta Entidade Sindical e autorizo o empregador - Empresa/Município, a efetuar o desconto de **2% (dois por cento)** do meu piso salarial (dois salários mínimos, CF, art. 198, §10 e Lei 11.350/2006) a título de mensalidade sindical, bem como fica expressa e previamente autorizado o desconto da contribuição sindical associativa anual devida em favor do SINDACS/PR - Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias do Estado do Paraná, a fim de que este documento seja encaminhado ao setor de Recursos Humanos ou Departamento Gestão de Pessoas para as providências legais.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura