



Na Defesa do Trabalhador e Servidor em Saúde

FICHA DE FILIAÇÃO SINDICAL

Nome:

Endereço:

E-mail:

Bairro: Cidade:

CEP: - Fone: Estado:

Matrícula: Data de Nascimento: / /

Identidade: CPF: Sexo:

Profissão: Local de Trab.:

Empresa: Escolaridade:

Concursado Contrato Provisório Aposentado Carteira Assinada

SITUAÇÃO:

DEPENDENTES:

DN:

Nome: / /

Nome: / /

Nome: / /

Nome: / /

Autorizo o departamento pessoal ou órgão responsável a descontar o percentual de 1% (um por cento) do meu vencimento bruto mensalmente. Esse valor deve ser repassado ao SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS, como forma de quitação da mensalidade sindical.

Folha de Pagamento

Secretaria Estadual de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Estabelecimento Privado de Saúde

Local: _____ Data: _____ de _____

Assinatura do Sócio

Assinatura do Presidente