

DADOS PESSOAIS			
NOME COMPLETO:			GÊNERO: M      F      Outro
DATA DE NASCIMENTO: / /	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			Nº
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:	
CIDADE:	UF:	TELEFONE: (   )	-
CPF: . . -	RG:	SIAPE:	
SITUAÇÃO FUNCIONAL:	ATIVO(A)	APOSENTADO(A)	SUBSTITUTO(A)
E-MAIL INSTITUCIONAL:		CAMPUS DE ATUAÇÃO:	
DATA DE ADMISSÃO: / /	DATA DE APOSENTADORIA: / /		
PIX:	BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE E DV:

DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO
<b>Você declara sua filiação à ADIFCE-Sindicato e autoriza contribuição financeira à entidade, assim que o CNPJ e a conta bancária estiverem disponíveis?</b>

Sim. Em cumprimento ao disposto no Estatuto da ADIFCE-Sindicato aprovado em assembleia de fundação, declaro minha filiação e autorizo o desconto mensal em minha folha de pagamento de forma escalonada durante os primeiros cinco anos de funcionamento da entidade, na quantia de (0,5% no 1º ano; 0,6% no 2º ano; 0,7% no 3º ano; 0,9% no 4º ano; e, 1,0% a partir do 5º ano em diante), sob a remuneração bruta mensal considerando o vencimento básico (VB) mais Retribuição por Titulação ou dos proventos para aposentados, para crédito à ADIFCE-Sindicato, como forma de pagamento de mensalidade sindical. Estou ciente de que poderei solicitar meu desligamento a qualquer tempo.

Autorizo receber mensagens via Whatsapp.

Autorizo receber e-mail.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura