



SINDICATO DOS AUDITORES DA RECEITA DO DISTRITO FEDERAL
S I N D I F I S C O - D F

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____
Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ Tel. Trabalho: _____
E-mail: _____
Data Nascimento: ___/___/___ Cidade de Nascimento: _____ UF: _____
CPF: _____ Carteira de Identidade: _____ Emissor: _____
Estado Civil: _____
Nome do Cônjuge: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Cep: _____
Telefone Residencial: (___) _____ Celular: (___) _____
Nome de um Contato no DF: _____ Telefone: _____
E-mail: _____

Conforme dispõe o § 1º, do Art. 25 do Estatuto do SINDIFISCO-DF, declaro conhecer, cumprir e fazer cumprir aquele Estatuto.

Data: ___/___/___.

Assinatura do Filiado

HOMOLOGAÇÃO

Conforme §1º, Art. 25

DATA: ___/___/___	CARIMBO E ASSINATURA
HOMOLOGADA ()	
NÃO HOMOLOGADA ()	

AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Autorizo o Sindicato dos Auditores da Receita do Distrito Federal – SINDIFISCO-DF, a efetuar consignação para desconto em folha de pagamento junto à Subsecretaria de Apoio Operacional da SEF-DF, no valor de R\$ _____ (_____) mensais.

NOME:	MATRÍCULA:
-------	------------

Brasília-DF, ___/___/___

Assinatura