

SINDICATO DOS GESTORES ESTADUAIS AGROPECUÁRIOS, AGENTES FISCAIS AGROPECUÁRIOS, AGENTES DE SERVIÇOS AGROPECUÁRIOS E AUXILIARES DE SERVIÇOS AGROPECUÁRIOS – SIGEASFI/MS

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome _____
Nacionalidade _____ Naturalidade _____
RG nº _____ Orgão Emissor _____ CPF _____
Profissão _____ Tipo sanguíneo _____
Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____
Nome do Cônjuge _____
Dependentes (filhos(as), outros) _____

Endereço Residencial _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____
Endereço Comercial _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____
Endereço para correspondência: Residencial() Comercial() E-mail()
Telefones: Residencial _____ Comercial _____
Celular _____
E-mail _____

RELAÇÃO DE TRABALHO

Lotação: _____
Função que exerce: () Gestor Estadual Agropecuário () Agente Fiscal Agropecuário
() Agente de Serviços Agropecuários () Auxiliar de Serviços Agropecuários
() Aposentado () Pensionista
Obs.: _____
Data de Admissão: ____/____/____ Matrícula/Prontuário _____

AUTORIZO DESCONTAR EM FOLHA DE PAGAMENTO EM FAVOR do Sindicato dos Gestores Estaduais Agropecuários, Agentes Fiscais Agropecuários, Agentes de Serviços Agropecuários e Auxiliares de Serviços Agropecuários - **SIGEASFI/MS**, o valor de 1% (um por cento) sobre o valor do meu subsídio partir desta data.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Filiado(a)

COMPROVANTE DE FILIAÇÃO no Sindicato dos Gestores Estaduais Agropecuários, Agentes Fiscais Agropecuários, Agentes de Serviços Agropecuários e Auxiliares de Serviços Agropecuários - **SIGEASFI/MS**

Filiado(a) em ____/____/____

Nome do Filiado(a) _____

Assinatura Presidente da SIGEASFI/MS

