



SINDEPOL-GO

SINDICATO DOS DELEGADOS DE POLÍCIA DO ESTADO DE GOIÁS

FICHA DE FILIAÇÃO



AGÊNCIA: Nº 0012

CC: Nº 03001146-0

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

NASCIMENTO: ____/____/____

NATURALIDADE: _____

CPF: _____

RG: _____

RG FUNCIONAL: _____

Nº DO VÍNCULO: _____ *(Lado superior direito do contracheque)*

LOTAÇÃO: _____

DATA DA POSSE: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

CIDADE: _____

ESTADO: _____

FONE: () _____ - _____

CELULAR: () _____ - _____

DATA DE FILIAÇÃO: ____/____/____

EMAIL: _____

FOTO 3x4

Autorizo o **SINDICATO DOS DELEGADOS DE POLÍCIA DO ESTADO DE GOIÁS - SINDEPOL-GO**, a debitar no meu **contracheque**, o valor mensal de **R\$ 135,00 (Cento e trinta e cinco reais)**.

Assinatura do Servidor