



FOTO

Registro Sindical junto ao CNES/MTE: 46000.020980/2004-08 por Despacho publicado no D.O.U. em 16/06/2009  
Registro junto ao Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Maringá-PR: 4.724, Livro A-12  
CNPJ: 06.957.774/0001-91

**FICHA DE FILIAÇÃO**

MATRÍCULA: Fundador [ ] Atualização: [ ] Filiação Nova: [ ] (para uso exclusivo do Sindicato)

**DADOS PESSOAIS**

NOME:			
RG: exp. em ___/___/___	Órgão Expedidor: SSP/	CPF:	
Naturalidade (cidade de nascimento):	Nacionalidade: [ ] Brasileira [ ] Outra	Data/Nascimento: ___/___/___	Tipo Sanguíneo: Doador de sangue: [ ] Sim [ ] Não Doador de medula: [ ] Sim [ ] Não Doador de órgãos e pele: [ ] Sim [ ] Não
Estado Civil:	Cônjuge:		
Endereço Residencial:			
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Fone Residencial com DDD:	Celular (es) com DDD:	
E-mail Expresso: @sefa.pr.gov.br	E-mail (s) Particular (es) (informar o mais utilizado):		
Escolaridade (Graduação, Pós, Mestrado e Doutorado):			

**DEPENDENTES**

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	RG. nº.

**DADOS PROFISSIONAIS**

Local de Trabalho atual:	Cidade:	Lotação:	
CARGO [ ] Agente Fazendário Estadual – AFE-C [ ] Agente Fazendário Estadual – AFE-B [ ] Agente Fazendário Estadual – AFE-A	Fone Comercial: ( )	Fax Comercial: ( )	
Admissão no Serviço Público: ___/___/___	Admissão no SINDIFAZCRE-PR: ___/___/___	Situação Funcional atual: [ ] ATIVO [ ] APOSENTADO [ ] PENSIONISTA	

**REQUERIMENTO**

Através da presente FICHA de FILIAÇÃO, venho REQUERER minha Filiação no SINDIFAZCRE-PR Sindicato dos Servidores da Secretaria de Estado da Fazenda e Coordenação da Receita do Estado do Paraná. AUTORIZO o desconto da mensalidade sindical em minha folha de pagamento (de acordo com procedimentos próprios adotados pela Entidade). AUTORIZO o SINDIFAZCRE-PR a impetrar ações administrativas, judiciais e representativas (individuais e/ou coletivas) em meu nome, de acordo com as decisões das instâncias superiores da Entidade. RESPONSABILIZO-ME pela exatidão das informações aqui prestadas. DECLARO-ME ciente e conhecedor dos meus direitos, deveres e obrigações para com o SINDIFAZCRE-PR, conforme o constante nos seus Estatutos. COMPROMETO-ME a cumprir e obedecer o contido no Estatuto e ainda decisões emanadas das instâncias superiores da Entidade.

REQUERIDO em: \_\_\_ de \_\_\_ de 2016. \_\_\_\_\_ (Assinatura do Requerente)

DEFERIDO em: \_\_\_ de \_\_\_ de 2016. \_\_\_\_\_ (Diretor Presidente do SINDIFAZCRE-PR)

FAVOR ANEXAR (cópias): RG, CPF, último contracheque, Certidão de Casamento, comprovante de residência atualizado, Diplomas, 2 fotos 3x4

Endereço: Av. Bento Munhoz da Rocha Neto nº 891 – Sala 1 – Zona 7 – CEP 87030-010 – Maringá – Paraná – Fone (44) 3028.5254  
Portal Institucional: [www.sindifazcre-pr.org.br](http://www.sindifazcre-pr.org.br) – E-mail: [sindifazcrepr@gmail.com](mailto:sindifazcrepr@gmail.com) – [fomamcas@somdofazcre-pr.org.br](mailto:fomamcas@somdofazcre-pr.org.br)