



Sindicato dos Auditores Fiscais Tributários Estaduais da Paraíba



REQUERIMENTO PREFERÊNCIA

Nome Completo do Requerente:

Matrícula: CPF: RG: 2ª Via: UF:

Telefone Celular (1): Zap Telefone Celular (2): Zap Telefone Residencial:

E-mail:

Endereço Completo (Rua, Número, Complemento):

CEP: Bairro: Cidade: UF:

Nome do Filiado:

Matrícula:

Veem Solicitar Por Intermédio do Sindifisco/PB requerimento de preferência:

Filiado(a) "Ativo"

Filiado(a) "Aposentado"

Filiado(a) "Pensionista"

Documentos Necessários Listados Abaixo:

Nestes termos,
Pede deferimento.

Cidade/UF:

Data & Hora:

Assinatura do Requerente