



Sindicato dos Auditores Fiscais Tributários Estaduais da Paraíba

PROPOSTA DE FILIAÇÃO SINDICAL



REGISTRO NÚMERO: _____

Nome Completo do Requerente:

Matrícula: CPF: RG: 2ª Via: UF:

Telefone Celular (1): Zap Telefone Celular (2): Zap Nascimento: Sexo:

E-mail Pessoal:

Endereço Completo (Rua, Número, Complemento):

CEP: Bairro: Cidade: UF:

Escolaridade: Estado Civil: Naturalidade: UF:

Nome Completo do Cônjuge:

Selecione Situação:

SERVIDOR(A) ATIVO(A) **SERVIDOR(A) APOSENTADO(A)** **PENSIONISTA**

Através deste , venho requerer **FILIAÇÃO** ao Sindicato dos Auditores Fiscais Tributários Estaduais da Paraíba (Sindifisco /PB), em conformidade com o artigo 34, § 3º, do seu Estatuto, concordando com todas as regras, autorizando o desconto da contribuição sindical mensal em folha no dia do efetivo pagamento dos meus proventos de acordo com o artigo 37, inciso I, da Carta Estatutária , no importe de 1% (Um por cento) da remuneração inicial da categoria de Auditor Fiscal Tributário Estadual , nos termos do artigo 47 , inciso I, do mesmo regulamento.

Autorizo e manifesto meu livre consentimento com o tratamento dos meus dados pessoais pelo Sindicato dos Auditores Fiscais Tributários Estaduais da Paraíba, que será o controlador desses dados, ficando este autorizado a utilizar os dados pessoais para desconto da contribuição sindical e a compartilhar os dados com outras entidades sindicais (federação , confederação e central sindical), prestadores de serviços e órgãos públicos , tendo como finalidade o regular exercício da atividade sindical. O tratamento desses dados pessoais será feito enquanto o titular for associado ao sindicato, mas poderão ser conservados para o necessário cumprimento de obrigação legal pelo sindicato.

Aprovado em Reunião de Diretoria em: ____/____/____

Cidade/UF:

Data & Hora:

Secretaria-Geral

Assinatura do Requerente