

## FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Fone Trabalho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

### DADOS PROFISSIONAIS

Matrícula Funcional: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_\_

Lotação (Local de trabalho/Unidade de Saúde): \_\_\_\_\_ Vínculo: ( )SES ( )SMS

Município que trabalha: \_\_\_\_\_ Cargo Público: ( ) Comissionado ( ) Contrato ( ) Efetivo

Função/cargo: \_\_\_\_\_ Situação Funcional: ( ) Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista

Salário Bruto: \_\_\_\_\_

**Termo de filiação:** Venho requerer inscrição como sócio efetivo deste sindicato, para tanto autorizo a desconto de 1% (um por cento) da minha remuneração bruta mensal através de consignação em folha de pagamento ou ainda pagamento na tesouraria a favor do sindsaúde/go-sindicato dos trabalhadores do sistema único de saúde no estado de goiás, a partir desta data. Declaro ainda, sujeitar-me às normas estatutárias do sindsaude/go. Esta sindicalização somente será efetivada com a apresentação deste documento, devidamente assinado, na sede do sindsaude/go (rua 26, nº 521, bairro santo antônio -Goiânia).

Obs.: ao preencher este formulário você concorda que todas informações fornecidas por meio desta ficha serão utilizadas apenas para as finalidades de atuação do sindsaúde/go, sendo tratadas com sigilo, eliminadas em caso de dissolução sindical ou no caso de solicitação dos titulares de dados, em conformidade com a LGPD.

\_\_\_\_\_ GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_