



## FICHA DE FILIAÇÃO - PRF

Nº DE INSCRIÇÃO NO SINPRF-SP (PARA USO DO SINPRF-SP):			
NOME COMPLETO:			
NOME DE GUERRA:		MATRÍCULA:	
ADMISSÃO:	RG:	CPF:	
CONTA CORRENTE:	BANCO:	AGÊNCIA:	
NASCIMENTO:		SEXO:	
ESTADO CIVIL:		TIPO SANGUÍNEO:	
NOME DO CÔNJUGE:			
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
SITUAÇÃO DO SERVIDOR:		ATIVO	APOSENTADO
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
E-MAIL:			
E-MAIL:			
TELEFONE RESIDENCIAL:		TELEFONE CELULAR:	
WHATSAPP:			
DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES DO SINPRF-SP COMO?			
<input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> WHATSAPP <input type="checkbox"/> CORREIO			
CONTATO DE EMERGÊNCIA:			
NOME:		TELEFONE:	
<b>QUER SER PARTICIPANTE DO AMFAS?</b>			
<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> QUERO SER PARTICIPANTE DO COMPROMISSO DE AJUDA MÚTUA À FAMÍLIA DO SINDICALIZADO, ACEITANDO DESDE JÁ TODOS OS TERMOS DE SEU REGULAMENTO.			
<input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> QUERO SER PARTICIPANTE DO COMPROMISSO DE AJUDA MÚTUA À FAMÍLIA DO SINDICALIZADO.			
Declaro aceitar as condições constantes do Estatuto do SINPRF-SP, comprometendo-me a cumpri-las e fazer com que sejam cumpridas na esfera da minha responsabilidade, autorizando, inclusive, o desconto em minha folha de pagamento no valor de 1% (um por cento), referente à mensalidade sindical em favor do Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais no Estado de São Paulo, decidido em Assembleia.			
<b>OBS: A FILIAÇÃO SOMENTE PRODUZIRÁ EFEITOS APÓS O RECEBIMENTO DESTA FICHA NA SEDE DO SINPRF-SP, DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA.</b>			
DATA: __/____/____			
_____ ASSINATURA DO SINDICALIZADO			
RECEBIDO NO SINPRF-SP EM: __/____/____			
NOME DO RECEBEDOR: _____			
ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____			
<b>DEFIRO A PRESENTE FILIAÇÃO</b>			
_____ DIRETOR PRESIDENTE DO SINPRF-SP			