



PROPOSTA PARA ASSOCIAÇÃO

MATRÍCULA N° _____

O abaixo-assinado, desejando integrar-se/reintegrar-se nesta entidade sindical como associado, requer a sua inscrição/reinscrição para o que declara.

Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ____ Estado Civil: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Filiação: _____ e _____

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Cidade: _____

Cep: _____ e-mail: _____

Opção para correspondência:

endereço residencial

endereço comercial

Dados profissionais:

CTPS: _____ Série: _____ Conselho/Ordem: _____

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Declaro, perante o SINDICATO DOS EMPREGADOS DE CONSELHOS E ORDENS DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS – SINDECOFE-MG, para efeito de matrícula e inscrição, e na forma da lei, que são dependentes legais as pessoas relacionadas a seguir:

Nome Completo	Sexo	Data Nasc.	Parentesco

ATENÇÃO: Fineza anexar os seguintes documentos: 2 fotos 3x4 do Associado; 1 foto de cada dependente legal (maior de 12 anos); xerox da certidão de casamento e nascimento dos dependentes e o comprovante de autorização de desconto em folha devidamente assinado e entregue no setor competente.

Local e data

Assinatura

PARA USO EXCLUSIVO DO SINDECOFE-MG – FAVOR NÃO PREENCHER

_____/_____/_____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Secretaria

1º Tesoureiro

Presidente

FINEZA PREENCHER COM LETRA DE FORMA/LEGÍVEL, ASSINAR E ENVIAR PELA ECT OU PESSOALMENTE.