

Preencha o Formulário abaixo para associar-se ao SEMIRGS

Dados Pessoais:

Nome completo:

Sexo:

Data de nascimento:

Estado civil:

Natural de:

Filiação:

RG:

CPF:

Telefone residencial:

Telefone celular:

Telefone para recados:

E-mail:

Carteira profissional:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Dados do Empregador:

Empresa atual:

Função:

Secção:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

Atua na categoria profissional desde:

Já foi associado:

Por qual empresa:

Em caso afirmativo, qual o último mês de contribuição:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Dependentes (Relacione nos campos abaixo o nome completo de cada):

Nome completo:

Nome completo:

Nome completo:

Nome completo:

Nome completo:

Nome completo:

ATENÇÃO:

Solicito minha inscrição no quadro social desse sindicato, declarando ter conhecimento e aceitando as condições estabelecidas no estatuto social e regimentos da entidade, autorizando, acaso aceite o meu pedido de ingresso como associado, seja descontado do meu salário a mensalidade social e as contribuições que forem aprovadas em assembleia geral. Estou ciente quem em sendo sócio da entidade, não posso me opor as contribuições que forem aprovadas em assembleia geral.

(Assinatura)