

PROPOSTA DE FILIAÇÃO

OBSERVAÇÃO: SERÁ OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DOS CAMPOS COM ASTERISCO *

* NOME COMPLETO

DADOS PESSOAIS			
	* DATA DO NASCIMENTO	* TELEFONE	WHATSAPP
	* EMAIL		

* EMPRESA

DADOS PROFISSIONAIS			
	ENDEREÇO		
	BAIRRO	TELEFONE	E-MAIL-RH

O SINDPD/PA em observância com Lei Geral de Proteção de Dados(LGPD) que estabelece regras para o tratamento de dados pessoais nos meios físicos e digitais, informa que os dados solicitados nesse formulário são necessários para a filiação sindical e eventual envio de notícias de interesse da categoria, bem como editais de convocação de assembleias.

_____ / ____ / ____ _____ _____
 DATA FILIAÇÃO ASSINATURA DO INTERESSADO ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Em até 05(cinco) dias será enviado um ofício a empresa, comunicando sua filiação ao **SINDPDPA** e com base no estatuto social deste sindicato, estaremos solicitando que seja feito o desconto mensal correspondendo a 1 ½ %(um e meio por cento) do seu salário base em favor dessa entidade sindical.

 COMPROVANTE DA PROPOSTA DE FILIAÇÃO

_____ / ____ / ____ _____ _____
 DATA FILIAÇÃO ASSINATURA DO INTERESSADO ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Em até 05(cinco) dias será enviado um ofício a empresa, comunicando sua filiação ao **SINDPDPA** e com base no estatuto social deste sindicato, estaremos solicitando que seja feito o desconto mensal correspondendo a 1 ½ %(um e meio por cento) do seu salário base em favor dessa entidade sindical.