

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.