

AUTORIZAÇÃO DE FILIAÇÃO - ADUFMAT-SSind

AUTORIZO a ADUFMAT –SSind consignar em folha de pagamento pelo Sistema SIAPE, mensalmente a importância referente a 1,25% (um e vinte e cinco percentuais) do salário base + Gratificações, a partir da data de encaminhamento desta autorização, cujo valor deverá ser creditado à ADUFMAT - Seção Sindical - Associação dos Docentes da Universidade Federal de Mato Grosso, através do SICOOB - UFCRED/Cuiabá-MT.

Em caso de não desconto em folha de pagamento, autorizo desde já que o referido desconto proceda-se no Banco.....Agência.....Conta.....

-----,----- de ----- de -----.

.....

ASSINATURA

FICHA CADASTRAL

MATRÍCULA SIAPE:.....NOME:.....

ENDEREÇO:.....BAIRRO:.....

FONE:.....CIDADE:.....UF:..... CEP:

EMAIL:.....

NATURALIDADE:.....UF:.....DATANASC:...../...../.....

SEXO: () M () F ESTADO CIVIL: ADM SÓCIO:/...../.....

FILIAÇÃO:.....E.....

TIPO SANGÜÍNEO:.....FATOR RH:.....PLANO DE SAÚDE:.....

CONTATO:..... OUTRAS INFORMAÇÕES:.....

RG:.....RG.EXPED.:.....EMISSÃO:...../...../.....PIS/PASEP:.....

CPF:.....TIT.ELEIT.:.....ZONA:..... SEÇÃO:

CLASSE:.....NÍVEL:.....REGIME:.....TITULAÇÃO: ADM:/...../.....

SITUAÇÃO: ATIVO () INATIVO () // CATEGORIA: EFETIVO () SUBSTITUTO () VISITANTE ()

LOTAÇÃO-INSTITUTO/FACULDADE:.....DEPARTAMENTO:.....

NOME DOS DEPENDENTES(GRAU DE PARENTESCO E DATA DE NASCIMENTO):.....

.....

.....

É ASSOCIADO EM ALGUMA OUTRA ENTIDADE? QUAL (IS)?

.....

OBSERVAÇÕES:.....

1- No caso de mudança de endereço ou qualquer outro dado, favor comunicar a ADUFMAT-SSind.

2- No caso de desligamento da ADUFMAT-SSind, a solicitação deverá ser feita oficialmente.