FICHA CADASTRAL

Nome:		
Filiação (Mãe):		
Data de Nascimento:		**CRO/DF:**
Nacionalidade:		**CPF:**
Naturalidade/UF:		**Estado Civil:**
Endereço Residencial:		**Sexo:**
Bairro:	**UF:**	**CEP:**
Tel. Fixo:	**Celular:**	**Tel.Trabalho:**
E-mail:		
Empregador:		
Cargo:		**Matrícula:**

O signatário deste, acima identificado, requer sua inscrição como filiado ao SINTTASB/DF - Sindicato dos Trabalhadores Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal do Distrito Federal, CNP] - 31.519.268/0001-68, e autoriza o setor competente do seu empregador público ou privado, a recolher em sua folha de pagamento de acordo nos termos do art. 8^{0}, IV da Constituição Federal, o valor correspondente à mensalidade em benefício da entidade sindical, em valor de 2% (dois por cento) sobre o vencimento básico, definido em assembleia-geral na forma do Arte 66, l, SI ^{O}, do Estatuto Social, repassando tal valor diretamente ao SINTTASB/DF.

Brasília, de de

Assinatura