|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| Nome |
|       |
| Endereço  |
|       |
| Nº | Apto/Sala/Conj. | Bloco |
|       |       |      |
| Bairro | Telefone | Fax | Celular |
|       | (  )       | (  )       | (  )       |
| Site na Internet | E-mail |
|       |       |
| Cidade | CEP | Estado |
|       |       |    |
| Categoria |
|    |
|  |
| Carteira de Identidade | CPF | CRC/RS | Matrícula Sindical |
|       |       |      /  |       |
| Naturalidade | Estado Civil | Data da Nascimento | Sexo  |
|       |       |       |  |
| Exerce a atividade como: |
|  |
|   |
| Dependentes |
| Nome | Data de Nascimento | Tipo de Dependência |
|       |       |       |
| Nome | Data de Nascimento | Tipo de Dependência |
|       |       |       |
| Nome | Data de Nascimento | Tipo de Dependência |
|       |       |       |
| Nome | Data de Nascimento | Tipo de Dependência |
|       |       |       |
| DAS CONTRIBUIÇÕES  |  |

Autorizo, de forma expressa, a cobrança de Contribuição Sindical, conforme valores definidos em Assembleia Geral da Categoria, podendo a cobrança se dar mediante desconto em folha ou emissão de boleto bancário. Bem como a cobrança de outras formas de custeio do Sindicato dos Contabilistas de Porto Alegre.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura: | Data de admissão: |
|  |       |
| Aceito em    de       de       | Diretor Secretário |  |