

Dados Pessoais

Nome:		
RG.:	CPF:	R.S.:
Naturalidade:		Nacionalidade:
Nascimento: ____/____/____	Estado Civil:	Sexo:
Dependentes: () Sim () Não		Nome:
Doador de Órgãos: () Sim () Não		Tipo Sangüíneo: Fator RH:
Filiação:		
Mãe:		
Pai:		

Endereço para Correspondência

Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Caixa Postal	
E-mail:	E-mail Comercial:	
Fone Res: ()	Com: ()	Cel: ()

Dados Funcionais

Formação Universitária:	Unidade de Lotação:
1)	Unidade de Exercício:
2)	Domicílio Eleitoral Anterior:
Ano do Concurso:	Domicílio Eleitoral:
Ingresso na SEFAZ: ____/____/____	Data da Aposentadoria: ____/____/____

Para Preenchimento do Sindicato

Inscrição n.º: _____					
Filiação	____	/	____	/	____
	Dia		Mês		Ano
				/	____
				Dia	Mês

				Dia	Mês

				Dia	Mês

				Dia	Mês

Declarante

Assinatura

Fones: (11) 3113-4000 ou Fax: (11) 3113-4007

Email: secretaria@sinafresp.org.br

OBS.: * Esta ficha serve como pedido de filiação, que será submetido à apreciação da Diretoria

** Ao entregar a ficha, favor anexar uma foto 3/4 para confecção da carteirinha