

Dados para cadastramento de novos filiados

Nome completo

Nome da mãe

CPF

RG

Órgão expedidor

Naturalidade (cidade e estado)

Sexo

Feminino

Masculino

Data de Nascimento

/ /

Estado Civil

Casado (a)

União Estável

Solteiro (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

Endereço residencial (correspondência)

CEP

Bairro

Cidade

UF

Fone Comercial (DDD)

Fone Residencial (DDD)

Celular (DDD/de preferência com whatsapp)

E-mail funcional

E-mail pessoal (outro)

Escolaridade

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Superior completo

Superior incompleto

Pós-Graduação

Mestrado

Doutorado

Órgão de origem

Câmara dos Deputados

Senado Federal

TCU

Secex-UF: _____

Órgão de lotação

Câmara dos Deputados

Senado Federal

TCU

Secex-UF: _____

Cargo

Auxiliar

Técnico

Analista

Auditor

Secretário Parlamentar

CNE

Outro:

Ponto/matrícula

Data de admissão

/ /

Situação funcional

Ativo

Aposentado

Pensionista

É filiado a alguma associação? (Ascade, Aslegis, Asa-CD, Astec, APCN, Unalegis, Alesfe, Assissefe, Assefe, Ascip, ASTCU, Asap, Auditar, Auditec, Mosap)

Na Câmara, qual? _____

No Senado, qual? _____

No TCU, qual? _____

Outra: _____



Autorização para consignação em folha de pagamento

O signatário deste, abaixo identificado, requer a sua inscrição como filiado do Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo Federal e do Tribunal de Contas da União (Sindilegis) e autoriza ao setor competente do seu órgão de origem (órgão pagador) a consignação, em sua folha de pagamento, do valor correspondente à mensalidade em favor do Sindilegis, nos termos do Estatuto e do Regimento Interno e Deliberações em Assembleias propostas pela entidade.

Declaração

Eu, _____, servidor (a) do (a), _____
 sob a matrícula _____, declaro para todosos fins de direito que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade, sob
 pena legal.

Local: _____ / _____ de _____ de _____

Assinatura do servidor

Dependentes

1. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
2. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
3. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
4. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
5. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
6. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
7. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		
8. Nome completo	Data de nascimento	Grau de parentesco
CPF	/ /	
Nome da mãe		

Declaro ter ciência de que, em caso de desfiliação ao Sindilegis, renuncio ao patrocínio jurídico que me é oportunizado pelos advogados contratados pelo Sindicato, revogando todas as procurações outorgadas, tanto para processos individuais quanto para processos coletivos.

Brasília/DF, _____ de _____ de _____

Assinatura do servidor

Preencha todos os campos e entre em contato conosco. Buscaremos o documento com você para finalização do cadastro.



Fale com o seu Sindicato



(61) 9 9932-9245



(61) 3214-7300 | 3214-7302



presidencia@sindilegis.org.br



www.sindilegis.org.br



/sindilegis



/sindilegisoficial

Onde estamos

Sede do Sindilegis

SGAS 610 Conjunto "C" Lote 70 - L2 Sul, Brasília-DF

Unidade de atendimento na Câmara dos Deputados

Anexo I, 27º andar, sala 2705

Informações (61) 3216-9834

Unidade de atendimento no Senado Federal

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal (Gráfica do Senado), Bloco B, Próximo à Usina, penúltima porta.

Informações: (61) 3303-3798

Unidade de atendimento no TCU

SAFS, Qd. 04, Lt 01, Ed. Anexo 3 do TCU, subsolo, sala 14

Informações (61) 3316-7297