

FICHA DE FILIAÇÃO

PREENCHA A FICHA ABAIXO, ASSINE E ENCAMINHE PARA O E-MAIL: contato@sintaj.org

DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

ESTADO CIVIL:

NASCIMENTO:

RG:

CPF: _____

GÊNERO QUE SE IDENTIFICA:

MASCULINO

FEMININO

OUTRO:

PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

SIM

NÃO / SE SIM, QUAL?

TEM

FAMILIAR COM DEFICIÊNCIA?

SIM

NÃO / SE SIM, QUAL?

POSSUI DEPENDENTES?

SIM

NÃO

POSSUI FILHOS?

SIM

NÃO

QUANTIDADE DE DEPENDENTES(filhos/cônjuge):

ADMISSÃO TJBA:

DATA DA APOSENTADORIA (caso aposentado):

ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO:

Nº:

COMPL.:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

DADOS PARA CONTATO

CELULAR:

TELEFONE PROFISSIONAL:

E-MAIL:

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO E USO DE DADOS

Autorizo o desconto mensal em folha de pagamento de 1% (um por cento) da minha remuneração integral, incluindo o 13º salário, exceto as parcelas relativas a férias e abono pecuniário, a título de contribuição sindical em favor desta entidade. Em caso de desfiliação, estou ciente que o SINTAJ não mais me representará em meus processos em curso. Em caso de mudança de endereço, telefone ou E-mail, estou ciente de que devo informar ao SINTAJ para que seja feita a devida atualização em meu cadastro. Autorizo que o SINTAJ faça uso dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados nesta ficha para os devidos tratamentos dispostos nos artigos 7º e 11º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Local e data

SINTAJ

ASSINATURA