



Sindicato dos Enfermeiros no Estado da Paraíba

Filiado da Federação Nacional dos Enfermeiros desde 09/12/2009 e a CSB desde Março de 2016

Registro Sindical: 46224.000201/2007-68

FOTO
3X4

Ficha de Inscrição

Nome:

Rua/Av:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

País:

Filiação

Mãe:

Pai:

Telefone Residencial:

Contato:

Outro:

Celular:

E-mail:

Data de Nascimento:

CPF:

RG:

Orgão Expedidor:

COREN:

Autorização de Desconto

Autorizo o setor competente _____
proceder ao desconto, em minha remuneração, de **1% (um por cento)** do valor
bruto dos meus vencimentos, assegurando o valor mínimo de **R\$ 20,00** e o
valor máximo de **R\$ 50,00** relativo a Mensalidade Sindical em favor do
SINDICATO DOS ENFERMEIROS NO ESTADO DA PARAÍBA.

Enfermeiro (a)

Matrícula

Presidente

Tesoureiro

João Pessoa, ____/____/____