



**SINDICATO DOS SERVIDORES DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO
ESTADO DO MARANHÃO**

FICHA DE FILIAÇÃO SINDSPEM

São Luis, ___/___/___

Nome: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Nasc: ___/___/___ **Sexo:** (M) (F) **Estado Civil:** _____

RG: _____ **CPF:** _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____

Celular: (__) 9 _____ **Tel. Fixo:** _____

Email: _____

Matricula: _____ **Lotação:** _____

Função: _____

DECLARAÇÃO

De acordo com o que determina a Constituição Federal em seu Art. 8º Inciso IV, no que diz respeito á associação sindical. Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou de acordo com as normas de pagamento da mensalidade social do Sindicato dos Servidores do Sistema Penitenciário do Estado do Maranhão – SINDSPEM estabelecido em 7%(sete por cento) do vencimento com aumento de acordo com o salário mínimo.

Assinatura do proponente: _____

Assinatura do Presidente: _____



**SINDICATO DOS SERVIDORES DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO
ESTADO DO MARANHÃO**

São Luis, ____ de _____ de _____.

Ref.: Inclusão do desconto sindical

Senhor Presidente do SINDSPEM

Eu, _____

Mat. _____, venho requerer por escrito minha INCLUSÃO do desconto
sindical desta entidade.

Cordialmente,
