



# SINPOL/MT

## DENTIFICAÇÃO CONSIGNATÁRIA

### (FILIAÇÃO)

#### Matrícula:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Endereço:

Rua /Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Situação: ( X ) Ativo ( ) Inativo ( ) Pensionista

Dependentes	Data nasc.	Parentesco	CPF
1 -	/ /		
2 -	/ /		
3 -	/ /		
4 -	/ /		
5 -	/ /		

Declaro aceitar as condições constantes no estatuto do SINPOL/MT., comprometendo-me a cumprir e a fazer com que sejam cumpridas na esfera de minha responsabilidade. Autorizo desconto da mensalidade social em contracheque ou em conta corrente, em favor do Sindicato dos Investigadores de Polícia do Estado de Mato Grosso, decidida em assembléia, estando ciente de que a filiação só se concretizará a partir do pagamento da 1ª mensalidade.

Cuiabá/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_