



FICHA DE FILIAÇÃO

Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas do DF

CLDF

TCDF

Nome: _____

Cargo: _____ Categoria: _____ Matrícula _____

Celular: () _____ E-mail: _____

Solicito minha admissão no quadro de filiados do Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas do DF - SINDICAL, e autorizo o desconto em folha de pagamento do equivalente a 0,5% (meio ponto percentual) da minha remuneração bruta em favor do sindicato. Afirmando ainda, estar ciente do meu compromisso em aderir ao que rege o Estatuto do Sindical, conforme estabelecido em seu Art. 14.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura _____