



Sindicato Empregados Comércio de Blumenau

Base Territorial: Ascurra, Apiúna, Benedito Novo, Blumenau, Dr.Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio, Timbó

Rua John F. Kennedy, 91 – CEP: 89010-120 – Blumenau – SC E-Mail:

sec.blumenau@secblumenau.com.br Site: www.secblumenau.com.br Fone:

(0xx47) 3326-6399

FICHA DE SÓCIO

Favor preencher todos os dados para facilitar o cadastro no Sindicato.

Nome * : _____
Endereço* : _____ N.º* : _____
Bairro* : _____
Cep: _____ Cidade* : _____ Estado* : _____
Fones/Res. _____ Cel. * _____ WhatsApp.(s/n) _
Naturalidade: _____ Data Nasc. * : ____ / ____ / ____
Estado Civil: _____ Sexo: _____
RG: _____ CPF* : _____
Empresa* : _____ C N P J : _____ Cidade: _____
CTPS: _____ Série CTPS: _____ CTPS Digital: _____ Data Início Categoria: ____ / ____ / ____
Admissão* : ____ / ____ / ____ Função/Profissão* : _____
E-mail: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Indicação: _____

DEPENDENTES

Esposo (a): _____ Data Nasc.: ____ / ____ / ____
Filho (a): _____ Nasc.: ____ / ____ / ____
Filho (a): _____ / ____ / ____ Data Nasc.: ____ / ____ / ____
Filho (a): _____ / ____ / ____ Data Nasc.: ____ / ____ / ____
Filho (a): _____ / ____ / ____ Data Nasc.: ____ / ____ / ____

Aceito ser sócio(a): Sim Não

A coleta, tratamento e armazenamento de dados pessoais do sindicalizado será feita com finalidade específica de cadastro, tendo para tanto propósitos legítimos, específicos e explícitos. O Sindicato responsabiliza-se pela adoção de medidas de segurança para protegê-los, inclusive comunicando eventual incidente relativo ao vazamento. Ao assinar, o sócio concorda e dá seu consentimento expresso para que se proceda ao tratamento dos dados acima fornecidos.

Blumenau, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do Associado

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Empresa* : _____ C N P J : _____ Cidade: _____
NOME* : _____ CPF * : _____

Venho por meio desta, de livre e espontânea vontade e conforme determina o Art. 545 da CLT, AUTORIZAR a empresa à proceder os descontos em minha folha de pagamento, dos eventos abaixo citados, em favor do SINDICATO DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE BLUMENAU, como também autorizo o fornecimento de dados a mesma entidade sindical, previstos em Cláusula específica da CCT, sob título "FORNECIMENTO DE GUIAS".

Mensalidade

Tratamento Odontológico

Blumenau, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do Associado