



FICHA DE FILIAÇÃO

Sindicato dos Trabalhadores da
Fundação Universidade de Brasília

FUB Matrícula FUB: _____
Matrícula Siape: _____
CONTRATO Matrícula: _____

FOTO

Situação: Ativo Aposentado Pensionista / Instituidor: _____

Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Naturalidade: _____ UF: _____ Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Fone residencial: _____

CPF Nº: _____ RG Nº: _____ Órgão e data de exped.: ____/____/____

Estado civil: _____ Data de admissão: ____/____/____ Local de Trabalho: _____

Telefone: _____ Função: _____ E-mail: _____

Autorizo o desconto em folha de mensalidade devido a este Sindicato.

Brasília, ____/____/____. _____

Assinatura

Certifico que _____

filiou-se ao SINTFUB em ____/____/____ por intermédio de _____

Assinatura