



SINATRAM - DF

FICHA DE FILIAÇÃO

SINDICATO DOS AGENTES DE TRÂNSITO DO DISTRITO FEDERAL



Nome:			Matrícula:
Endereço			
Bairro	Cidade:	UF:	CEP:
RG:	Órgão expedidor:	CPF:	
Data de Nascimento: __/__/__		Naturalidade:	
Tipo sanguíneo e fator RH:		Sexo: () feminino () masculino	
Filiação	Pai		
	Mãe		
Cargo / Função:		Lotação	
Data de admissão no DETRAN-DF:			
Situação do servidor: () ativo () aposentado () pensionista			
Telefone (DDD + número):			
Telefone (DDD + número):			
Email funcional:			
Email pessoal:			
Estado civil:	Escolaridade:	Formação:	
Dependentes	Nascimento	Parentesco	
	__/__/__		
	__/__/__		
	__/__/__		
	__/__/__		
	__/__/__		
	__/__/__		

Autorização e ciência,

1. Declaro ter ciência e aceitar as condições constantes no Estatuto do SINATRAM/DF, comprometendo-me a cumprir todos os atos de minha responsabilidade junto a este sindicato;
2. DECLARO que este pedido de filiação está sendo submetido de livre e espontânea vontade e que estou ciente do conteúdo do Estatuto Social do Sindicato dos Agentes de Trânsito do Distrito Federal (SINATRAM-DF) ao qual faço adesão com o presente ato.
3. DECLARO estar ciente de que o valor das mensalidades e taxas extraordinárias (contribuições) é aprovado em Assembleia Geral da SINATRAM-DF, sendo as contribuições dos sindicalizados efetivos consignadas diretamente na folha de pagamento e devidas enquanto eu permanecer filiado, mesmo nos meses em que, por qualquer razão, o desconto em folha não for possível.
4. DECLARO estar ciente de que, para os sindicalizados conveniados, bem como para os sindicalizados efetivos cujo desconto em folha não seja possível, fica AUTORIZADO o débito em conta bancária, cartão de crédito, ou mesmo emissão de boleto bancário, o que não ocorrendo é de minha responsabilidade o efetivo pagamento.
5. AUTORIZO uso dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11º da Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de dados Pessoais - LGPD e autorizo expressamente o tratamento e o compartilhamento dos meus dados pessoais com os colaboradores, parceiros e contratados do SINATRAM-DF, com vistas à obtenção dos benefícios ofertados pelo SINATRAM-DF a seus filiados e dependentes, conforme previsto no seu Estatuto Social
6. **AUTORIZO** () o envio de mensagens via aplicativo de comunicação e *email*. **NÃO AUTORIZO** ()
7. DECLARO que estou ciente que a filiação só se concretizará a partir do pagamento da 1ª mensalidade.

Brasília/DF, _____ de _____ de _____

Assinatura