



SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO DO SINDILEGIS

() Aposentado () Efetivo () Comissionado () Outros _____

Nome completo: _____

Matrícula: _____ Nível Escolaridade () Básico () Técnico () Universitário

C.P.F. _____ R.G. _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Telefones: Cel () _____ Fixo () _____

E-mail: _____

Local de trabalho (Lotação/Setor): _____

O signatário deste, acima identificado, autoriza o desconto mensal em folha de pagamento da **ALEP ou PARANÁ PREVIDÊNCIA**, passando a ser sindicalizado a partir do desconto da primeira mensalidade. Autorizo, ainda, o desconto mensal em folha de pagamento da mensalidade associativa para o SINDILEGIS do(s) meu(s) dependente(s), conforme valor abaixo mencionado e relacionado:

DECLARAÇÃO: Declaro para todos os fins de direito, que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura