



SINDICATO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS E SOCIOEDUCADORES DO ESTADO DE RONDÔNIA

FICHA DE FILIAÇÃO

| | | | | | |
|-----------------|--|---------------|--|---------------|--|
| Nome | | | | | |
| Cargo | | CPF | | RG | |
| Lotação | | | | Situação | |
| Matrícula | | Data Admissão | | Data Filiação | |
| Data Nascimento | | Estado Civil | | Escolaridade | |
| Naturalidade | | Município | | Filhos | |
| Endereço | | | | Bairro | |
| E-mail | | | | Contato | |
| Pai | | | | | |
| Mãe | | | | | |

FICHA DE FILIAÇÃO

Eu _____ CPF: _____._____._____._____,
AUTORIZO débito em minha Agência nº _____, C/C nº _____, Banco: _____
identif _____ por tempo indeterminado em favor de SINGEPERON sob convênio nº _____ junto ao
BANCO DO BRASIL AG: 3796-6, C/C: 28.087-9 na Cidade de Porto Velho - RO. Para tanto me comprometo a manter
saldo em minha conta, fazer frente aos débitos de que trata o referido convênio. E, caso não haja saldo em conta
especificada por mim, me comprometo ao pagamento de taxa e/ou encargos bancários que sobrevier à Associação.

Local: _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Proponente

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades sob
pena de incorrer nas sanções cíveis e penais previstas na legislação em vigor.

Conferido pela Secretaria em: ____/____/____

Assinatura do Proponente