



Movimento de Conscientização Sindical
LIBERTA BRASIL

FICHA DE ASSOCIAÇÃO

NOME: _____

CPF: _____ CI: _____ SEXO: F M

ÓRGÃO: _____ N°/matrícula: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

N° _____ COMPLEMENTO _____ CEP _____

BAIRRO: _____ CIDADE : _____ UF _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

SINDICALIZADO ATIVO APOSENTADO PENSIONISTA

QUERO ME ASSOCIAR AO MOVIMENTO DE CONSCIENTIZAÇÃO SINDICAL LIBERTA BRASIL

Estou ciente de todos os meus direitos e deveres estatutários e autorizo o desconto mensal de R\$17,00 (dezesete reais), em minha folha de pagamento.

Local e data

Assinatura