



AMDEPOL – SINDEPO/MT

RATIFICAÇÃO DE FILIAÇÃO



Dados:

Nome: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____/____

Matrícula: _____

Endereço:

Rua /Av: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Celular: _____ Telefone Fixo _____

e-mail: _____

Situação: () Ativo () Inativo () Pensionista

Dependentes	Data nasc.	Parentesco	CPF
1 -	/ /		
2 -	/ /		
3 -	/ /		
4 -	/ /		
5 -	/ /		

Declaro aceitar as condições constantes no estatuto do AMDEPOL - SINDEPO/MT, comprometendo-me a cumprir e a fazer com que sejam cumpridas na esfera de minha responsabilidade. Autorizo desconto das consignações em folha de pagamento, relativas à contribuição assistencial mensal, no valor de duzentos e noventa e quatro reais e vinte e quatro centavos, em favor da Associação dos Delegados de Polícia do Estado de Mato Grosso e do Sindicato dos Delegados de Polícia de Mato Grosso, decidida em assembléia.

Cuiabá/MT, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____