

**TRABALHADOR(A)**

NOME COMPLETO

**IDENTIFICAÇÃO**

SEXO

F  M

CPF (Obrigatório)

RG (Obrigatório)

ÓRGÃO EXPEDIDOR

UF

TÍTULO DE ELEITOR(A)

ZONA

SEÇÃO

**ENDEREÇO / CONTATOS**

TELEFONE

TELEFONE

CELULAR

E-MAIL:  Pessoal  Institucional

CEP RESIDENCIAL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Avenida  Praça  Rua

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

UF

CIDADE

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE INSTRUÇÃO / ESCOLARIDADE

**DADOS DO EMPREGADOR**

ESTABELECIMENTO DE ENSINO ONDE TRABALHA

DATA DE ADMISSÃO

CARGO

CIDADE

CEP

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Neste ato e nos termos do Art. 545 da CLT autorizo o desconto mensal, em folha de pagamento, no percentual de 2% (dois por cento) sobre meu salário-base em favor do Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Estado do Espírito Santo (SindEducação/ES).

Assinatura