



# Ficha de Sindicalização

NOME		
CPF	DATA DE NASCIMENTO	/ /
ENDEREÇO	Nº	
COMPLEMENTO	BAIRRO	
CIDADE	UF	CEP
FONE	E-MAIL	
CENTRO	DEPARTAMENTO	
DATA DE ADMISSÃO NA UFRN	/	/

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, Matrícula nº \_\_\_\_\_  
Professor (a) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, autorizo o desconto mensal em meu pagamento da quantia de 1% (um por cento) do Vencimento Básico para crédito do ADURN-Sindicato, como forma de pagamento de mensalidade sindical.

- Autorizo receber mensagem via Whatsapp  
 Autorizo receber E-MAIL  
 Autorizo receber SMS

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA