

## REQUERIMENTO DE FILIAÇÃO

Nome completo:		
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:
Sexo:		Data de Nascimento:
Filiação Pai:		
Filiação Mãe:		
Matrícula MPU:	Função:	Ramo:
Lotação:		Ingresso no MPU: / /
Cargo:		
Banco:	Agência:	Conta Corrente:
Nome do companheiro (a):		
Dependente 01:		
Dependente 02:		
Dependente 03:		
Endereço completo:		
CEP:	Cidade:	UF:
E-mail institucional:		E-mail secundário:
Fone residencial:	Fone institucional:	Celular:

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo, nos termos do art. 98 do Estatuto vigente, o desconto em folha de 0,8% do valor nominal da minha remuneração em favor do SindMPU – Sindicato Nacional dos Servidores do MPU, CNMP e ESMPU, referente a minha sindicalização.

Assine e envie digitalizada diretamente para a sede do **SindMPU**, por meio do e-mail: [cadastro@sindmpu.org.br](mailto:cadastro@sindmpu.org.br)

### AUTORIZAÇÃO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----

Assinatura