



APLB-SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA

Filiada à CNTE e CTB

CNPJ: 14029.219/0001-28

Considerada Entidade de Utilidade Pública pela Lei nº 02254/65 e Leis Municipais

Fundada em 24 de abril de 1952 - Transformada em Sindicato em 1989.

www.aplbsindicato.org.br - imprensa@aplbsindicato.org.br

Sede própria à rua Francisco Ferraro, 45 - Nazaré - CEP 40040-465 - Telefone: (71) 4009-8350 - 4009-8353

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME: _____
MATRICULA Nº _____ LOTAÇÃO _____
NÍVEL: _____ CLASSE _____ REFERÊNCIA: _____
CARTEIRA PROFISSIONAL: _____ SÉRIE _____ CPF: _____ RG: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____ TEL: _____
LOCAL DE TRABALHO: _____ TEL. FIXO: _____
FUNÇÃO/CARGO: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____
EMAIL: _____ ZAP (_____) _____
INSTITUIÇÃO EM QUE SE FORMOU: _____ CURSO: _____
POSSUI OUTRA FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____ QUAL: _____
DISCIPLINA EM QUE LECIONA: _____
ANO EM QUE INGRESSOU NO SERVIÇO PÚBLICO COMO CONTRATADO(A) _____ ATÉ _____
ANO EM QUE INGRESSOU COMO EFETIVO: ____/____/_____
SERVIDOR DA REDE: () REDE MUNICIPAL () ESTADUAL () EFETIVO () CONTRATADO
LOCAL E DATA DO RECADASTRAMENTO: _____ DE _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente de que haverá descontos na minha remuneração mensal e anual da contribuição associativa 1,5 % (um e meio por cento) do salário básico conforme preceitua o ESTATUTO DA APLB SINDICATO , assim como do imposto sindical um dia de trabalho com fundamento na Lei 13.467/2017. Tenho pleno conhecimento de que estou autorizando expressamente tais descontos nos meus vencimentos. Ainda, é do meu conhecimento de que a Lei 13.467, de 13/7/2017, denominada de reforma trabalhista, altera o artigo 579 da Consolidação das Leis do Trabalho, dando-lhe a seguinte redação:

“Art. 579. O desconto da contribuição sindical está condicionado à autorização prévia e expressa dos que participem de uma determinada categoria econômica ou profissional, ou de uma profissão liberal, em favor do sindicato representativo da mesma categoria”.

ASSINATURA DO SERVIDOR (A)

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

AUTORIZO O DESCONTO MENSAL NO MEU CONTRA-CHEQUE REFERENTE À MINHA FILIAÇÃO, DE ACORDO COM O PERCENTUAL ESTABELECIDO NO CONGRESSO DA APLB-SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DAS REDES PÚBLICAS ESTADUAL E MUNICIPAIS DO ESTADO DA BAHIA

NOME: _____
nome completo e (legível)

MATRÍCULA/CADASTRO No. _____ LOTAÇÃO _____ NÍVEL: _____

() EFETIVO

() CONTRATADO

() REDE ESTADUAL

() REDE MUNICIPAL

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA