



SINDICATO DOS
ODONTOLOGISTAS
DO DISTRITO FEDERAL

FILIADO À CUT E À FIO

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

NOME:

FILIAÇÃO: Pai -

Mãe -

NATURALIDADE: ESTADO:

DATA DE NASCIMENTO:/...../..... EST.CIVIL:

Nº IDENTIDADE: ORGÃO EXP:DT.EMIÇÃO.....

CARTEIRA DE TRABALHO:SÉRIE:

CPF: CRO/DF: SEXO:

RESIDÊNCIA:

CIDADE: ESTADO: CEP:

TELEFONES: CELULAR:

LOCAL DE TRABALHO:

ADMISSÃO.....MATRÍCULA:CARGA HORÁRIA.....

END TRAB.:.....

CIDADE: ESTADO: CEP: -

TELEFONES: FAX:

CONSULTÓRIO:

ENDEREÇO:

CIDADE: ESTADO: CEP: -

TELEFONE: FAX:.....E-MAIL:

ESPECIALIZAÇÃO:

O peticionário declara que está de acordo com as normas, estatutos e regulamentos do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal.

Brasília-DF, de de

(assinatura)

RESPONSÁVEL PELA SINDICALIZAÇÃO:.....

FILIAÇÃO EM/...../.....

INSCRIÇÃO Nº

Presidente

Secretário

Tesoureiro

SCS QD. 02 Bl. C 22 sala 711, Ed. Serra Dourada – Brasília/DF
CEP: 70300-902 - FONE: 3346-1811 - FAX: 3346-3733
www.sodf.org.br – e-mail: sodf@sodf.org.br