



SINFITOPI

Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas
Ocupacionais do Estado do Piauí

REQUERIMENTO DE FILIAÇÃO

Eu, _____, _____,
(nome completo) (nacionalidade)
_____, _____, portador (a) do RG nº _____
(estado civil) (profissão) (número/órgão emissor)
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) no (a)
_____, nº _____, Bairro
_____, (complemento _____) na cidade/estado
de _____, CEP _____, telefone _____,
venho por meio deste requerer minha filiação ao Sindicato dos Fisioterapeutas e
Terapeutas Ocupacionais do Piauí – SINFITO/PI, inscrito no CNPJ sob o nº
11.324.247/0001-80, na forma do Estatuto da entidade e da legislação, dos quais declaro
pleno conhecimento e anuência, e cujos termos e obrigações me comprometo a cumprir
fielmente.

Declaro, ainda, sob as penas da Lei, que as informações prestadas na
ficha cadastral que anexa a este requerimento são integralmente verdadeiras.

_____-_____, ____/____/_____
(município) - (UF), (dia) (mês) (ano)

(assinatura-nome)