



APLB-SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA

Filiado á CNTE e CTB, CNPJ. nº. 14.029.219./0001-28 - Considerada Entidade
De Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 02254/65 e Leis Municipais Fundada
Em 24 de abril de 1952 – Transformada em Sindicato em 1989.

FICHA DE FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO

NOME: _____
MATRICULA Nº _____ LOTAÇÃO: _____
NÍVEL: _____ CLASSE: _____ REFERÊNCIA: _____ DN: ____/____/____
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: _____
OUTRA FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____
DISCIPLINA EM QUE LECIONA: _____
ANO EM QUE INGRESSOU NO SERVIÇO PÚBLICO COMO CONTRTADO(A): _____ ATÉ: _____
ANO EM QUE INGRESSOU COMO EFETIVO: ____/____/____
SERVIDOR DA REDE: () REDE MUNICIPAL () ESTADUAL () EFETIVO () CONTRATADO
LOCAL E DATA DA FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO: _____, _____ de _____ de 20__.

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

SERVIDOR DA REDE: () REDE MUNICIPAL () ESTADUAL () EFETIVO () CONTRATADO

LOCAL E DATA DA FILIAÇÃO/ RECADASTRAMENTO: _____, _____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO SERVIDOR (A)