FICHA DE QUALIFICAÇÃO

ELEIÇÕES SINDICAIS 2025
SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL.

NOME:	
FILIAÇÃO:	
DATA DE NASC.:	**NATURALIDADE:**
ESTADO CIVIL:	**CPF:**
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
BAIRRO:	**CEP**
CELULAR:	**PROFISSÃO:**
TEMPO DE PROFISSÃO:	**DATA SINDICALIZAÇÃO:**
CTPS Nº:	**SÉRIE:**
RG: **OE:**	**PIS:**
EMPRESA EMPREGADORA:	
ENDEREÇO EMPRESA:	

Declaro para os fins específicos de candidatura nas eleições do SINFARMS, e sob as penas da lei e do Estatuto Social, que são verdadeiras as informações acima prestadas.

Campo Grande (MS), _____/_____/_____

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)

OBS.: Anexar

1. cópia do RG, CPF ou Carteira do CRF/MS – CÓPIA SIMPLES.

2. Cópia da CTPS DIGITAL, dados pessoais e do contrato de trabalho – CÓPIA SIMPLES

3. Anexar o último contracheque – CÓPIA SIMPLES.

Enviar todos os documentos para o e-mail sinfarms@gmail.com endereçado ao Presidente da Comissão Eleitoral.