

Dados Cadastrais

CPF	Nome Completo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
RG	Data Nascimento	Gênero	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escolaridade	Cidade Naturalidade	UF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Endereço

CEP			
<input type="text"/>			
Endereço	Nº e Complemento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Bairro	Cidade	UF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Celular / Whatsapp	Telefone Fixo	e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Empresa

CNPJ	Razão Social	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CEP	Endereço	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bairro	Cidade	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone	Cargo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

LGPD

O **SINDPD**, em atenção à Lei nº 13.709/18 - LGPD, informa que os dados em Termo de Filiação, serão tratados e utilizado para o necessário cadastro e confecção de lista para envio à empregadora, para cumprimento de obrigação administrativa e judicial e ou para responder às solicitações de autoridades. Do tratamento informado estou de pleno acordo.

Autorização

Autorização: Em conformidade com o Estatuto Social e com a Convenção Coletiva de Trabalho, na qualidade de associado do **Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados e Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo**, autorizo o desconto em folha de pagamento das contribuições devidas ao **SINDPD** a partir da data abaixo.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____