



**SINDICATO DOS TRABALHADORES
EM FUNÇÕES PÚBLICAS E SOCIAIS DO NORTE**

Declaração

_____ a prestar serviço
no Departamento _____

inscrito no SINDICATO DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS E SOCIAIS DO NORTE, declara que autorizo(oa) que no meu salário mensalmente seja descontada e enviada aquele Sindicato o valor da quota sindical estatutariamente estabelecida, que é de 1% sobre as retribuições ilíquidas mensais.

Esta declaração revoga e substitui toda e qualquer declaração anterior relativa a descontos de quotizações sindicais.

_____ de _____ de 20 _____

(Assinatura do Sócio)

Sócio nº _____



**SINDICATO DOS TRABALHADORES
EM FUNÇÕES PÚBLICAS E SOCIAIS DO NORTE**

Declaração

_____ a prestar serviço
no Departamento _____

inscrito no SINDICATO DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS E SOCIAIS DO NORTE, declara que autorizo(oa) que no meu salário mensalmente seja descontada e enviada aquele Sindicato o valor da quota sindical estatutariamente estabelecida, que é de 1% sobre as retribuições ilíquidas mensais.

Esta declaração revoga e substitui toda e qualquer declaração anterior relativa a descontos de quotizações sindicais.

_____ de _____ de 20 _____

(Assinatura do Sócio)

Sócio nº _____

Reservado ao Sócio

A PREENCHER PELO DEPARTAMENTO

Confirmamos recepção da Declaração

Data/...../.....

(Assinatura ou carimbo do Departamento)

Reservado ao Departamento



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO - SÓCIO

DECLARAÇÃO

Os dados pessoais, profissionais e bancários por mim facultados ao Sindicato dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais do Norte (STFPSN) destinam-se a ser integrados na base de dados de sócios.

Mediante a presente comunicação, fico informado(a) e consinto que os meus dados possam ser tratados por meios automatizados ou não automatizados pelo STFPSN.

Autorizo que os dados referentes a contactos (morada, telefones e correio eletrónico) possam ser cedidos pelo STFPSN a outras entidades com o objetivo de divulgar atividades de caráter sindical, prestação de serviços/protocolos ou outra informação no âmbito das finalidades que o STFPSN prossegue.

Autorizo ainda que os dados bancários possam ser cedidos à entidade bancária para efeitos de cobrança de quotizações e/ou prémios de seguro por débito direto SEPA.

A qualquer momento poderei exercer o direito de acesso à informação, à correção, à eliminação e oposição dos dados. Para outras questões adicionais relativas à proteção de dados pessoais e ao seu tratamento, poderei contactar o STFPSN por todos os meios disponíveis.

Declaro que li e aceito os termos deste consentimento.

Data: ____ / ____ / ____

Nome (completo) _____ sócio nº _____

Assinatura