Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP)

DEMANDE D'ADHÉSION

8790, av. du Parc, Montréal (Québec) H2N 1Y6 • sfmm429.qc.ca
Tél. : 514 842-9463 • Téléc. : 514 842-3683 • Courriel : sfmm@sfmm429.qc.ca

Formule remplissable à l'écran. Des questions ? Consultez votre personne représentante syndicale.

Renseignements professionnels

Nom : _____ Prénom : _____

Date d'ancienneté : _____ *Année / mois / jour* Matricule de paie : _____

☐ Permanent ☐ Auxiliaire *Permanent ? Ancien matricule d'auxiliaire, si applicable :* _____

Employeur : _____
Ville, société paramunicipale *Arrondissement ou service, si applicable*

Renseignements personnels

Adresse de courriel personnelle : _____

N^os de téléphone : _____ *Résidentiel* _____ *Professionnel* _____ *Mobile*

Adresse : _____
Appartement, numéro civique, voie
_____
Ville, province, code postal

Date de naissance : _____ *Année / mois / jour* Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Non-binaire

État civil : ☐ Marié·e ☐ En union de fait ☐ Divorcé·e ☐ Célibataire ☐ Séparé·e ☐ Veuf·ve

Déclaration et signature

Je, soussigné·e, certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts. Je m'engage à aviser sans délai le Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP) de toute modification qui pourrait survenir.

Je demande d'être admis·e librement au Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP), dont je m'engage à observer les statuts, les règlements et les décisions.

J'autorise mon employeur à retenir sur mon chèque de paie une somme équivalant à la contribution périodique au Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP).

Signature : _____ Date : _____
Année / mois / jour

Attention : pour que votre adhésion au SFMM soit conforme, vous devez **remplir** électroniquement votre demande, la **signer en tapant votre nom** (ceci est votre signature électronique) et nous la r**etourner par courriel.**