



SINDICATO DOS
POLICIAIS CIVIS
DE ALAGOAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

NOME: _____

CPF: _____

R.G.: _____

MATRÍCULA: _____

CARGO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AGENTE DE POLÍCIA | <input type="checkbox"/> CARCEREIRO |
| <input type="checkbox"/> ESCRIVÃO DE POLÍCIA | <input type="checkbox"/> ESCREVENTE |
| <input type="checkbox"/> AGENTE POLICIAL MOTOR. | <input type="checkbox"/> GUARDA DE PRESÍDIO |

AUTORIZO, individual e expressamente, o **Sindicato dos Policiais Civis de Alagoas - SINDPOL/AL**, estabelecido à Rua Doutor Guedes Gondim, nº 245, Centro, Maceió, Alagoas, **a me substituir/representar processualmente** em ação ajuizada/a ser ajuizada em face do Estado de Alagoas e/ou AL Previdência, visando à correta progressão funcional dos policiais civis.

Maceió, Al., _____ de _____ de 2019.

(Assinatura)