



CAMPO PARA PREENCHIMENTO DO SINDICOMUNITÁRIO-SP

ASSOCIADO Nº _____

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

OBSERVAÇÃO: Os campos com (*) são de preenchimento obrigatório

DADOS DO ASSOCIADO

Nome completo (*): _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento (*): ____/____/____ Nacionalidade: _____

Estado Civil (*): _____ Sexo (*): _____ CPF (*): _____

Identidade (RG) (*): _____ Órgão expedidor: _____

Naturalidade (Cidade/Estado): _____

Profissão (*): [AC] [APD] [ACI] [ACS] [APA] [RD] _____

Endereço (*): _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Filiação (nome da mãe)(*): _____

Filiação (nome do pai): _____

Celular (*): _____ Celular (2): _____ Celular: (3) _____

E-mail: _____

DADOS DA EMPRESA / CONTRATANTE

Empresa/OS (*): _____ Admissão (*): ____/____/____

UBS/Local de Trabalho (*): _____

Salário base atual (*): R\$ _____ Telefone(s): _____

DEPENDENTES LEGAIS: CÔNJUGE, FILHOS, MÃE E PAI

NOME	NASCIMENTO	PARENTESCO

A desfiliação só será aceita mediante a entrega de carta de próprio punho na sede do sindicato ou enviada pelos correios junto com a carteirinha de associado.

Solicito minha admissão no quadro de sócios deste sindicato, comprometendo-me a respeitar a legislação pátria, bem como as disposições estatutárias do SINDICOMUNITÁRIO-SP, autorizando, inclusive, o desconto mensal em folha de pagamento.

Obs.: A Contribuição Mensal dos Associados desde 01/01/2011 é de 2% mensal do salário base referente à Contribuição Associativa.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Associado