



FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NATURAL DE: _____ UF: ___ SEXO: M () F ()

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ CPF: _____

CTPS: _____ / (SÉRIE) _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____ -

TELEFONE: (___) _____ CELULAR: (___) _____ E-MAIL: _____

LOCAL DE TRABALHO (EMPRESA): _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____ -

TELEFONE: (___) _____ SETOR DE TRABALHO: _____ HORÁRIO: _____ ÀS _____

FUNÇÃO REALIZADA: _____

Autoriza o envio de informações do sindicato por e-mail: SIM () NÃO ()

Vem, por meio desta, autorizar o desconto em folha de pagamento de mensalidade como associado, no valor correspondente a 1% (hum por cento) do valor bruto dos meus vencimentos, a ser recolhido no BANCO SANTANDER, agência 0001, conta corrente nº 13.023. 168-5, em favor do SINTARESP, que reconheço como a entidade sindical que representa a categoria à qual pertencço, e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

_____, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA

SEDE: Rua Pires da Motta, 1029,
Acimação • CEP 01529-001 •
São Paulo/SP • tel: (11) 3804-9283 •
sintaresp@sintaresp.com.br

SUBSEDE SANTOS: Rua
Riachuelo, 82, 7º andar, sl. 71,
Centro • CEP 11010-020 •
Santos/SP • tel: (13) 3219-2413 •
santos@sintaresp.com.br

SUBSEDE SOROCABA: Rua
Arthur Gomes, 508, Centro •
CEP 18035-490 • Sorocaba/SP •
tel: (15) 3329-5333 •
sintarespsorocaba@gmail.com

SUBSEDE VALE DO PARAÍBA:
Rua José Francisco Monteiro, 88,
Vila Piratininga •
CEP 12216-100 • São José dos
Campos/SP • tel: (12) 3207-9283 •
sintarespvaledoparaiba@bol.com.br