

Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal e do Tribunal de Contas do Município de São Paulo

FICHA CADASTRAL PARA FILIAÇÃO

POR FAVOR, PREENCHER TODOS OS DADOS

NOME:

REGISTRO FUNCIONAL:	DEPARTAMENTO:	SEXO: () F () M
CATEGORIA: () EFETIVO () CELETISTA () CARGO EM COMISSÃO () COMISSIONADO () APOSENTADO		
INSTITUIÇÃO: () CMSP () TCM		

ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
CEP:	ESTADO CIVIL:	

DATA DE NASCIMENTO:	GRAU DE INST.:
RG:	CPF:

TELEFONE COMERCIAL:	TELEFONE RESIDENCIAL:
TELEFONE CELULAR:	E-MAIL:

DATA DA PROPOSTA:	ASSINATURA SÓCIO:
-------------------	-------------------

ACEITO EM:	CADASTRADO EM:
------------	----------------

MENSALIDADE

() Inclusão

Nome do servidor

Registro Funcional	Valor R\$	Data
--------------------	-----------	------

Assinatura do Servidor

Carimbo e Assinatura - SINDILEX

