

**SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SERVIÇOS
PÚBLICOS DOS MUNICÍPIOS DE OSASCO E REGIÃO**



Sindicato dos Trabalhadores em
Serviços Públicos de Osasco e Região

FICHA DE FILIAÇÃO

Sócio nº: _____

▪ **DADOS PESSOAIS**

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço Res.: _____ Nº _____
Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____
Telefone Res.: _____ Celular: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____
Email: _____

▪ **DADOS PROFISSIONAIS**

Secretaria /Autarquia: _____
Prefeitura: _____
Setor: _____
Cargo / Função: _____ Matrícula: _____
Data de admissão: ___/___/___
Regime de contratação: Efetivo
 Comissionado
 CLT Temporário
 CLT Indeterminado

Eu, _____ AUTORIZO a minha inscrição no quadro associativo do SINT RASP, inclusive o desconto em folha de pagamento ou conta corrente, de 2,0% de meus vencimentos, respeitando o teto máximo de R\$ 25,00, a título de mensalidade sindical, bem como outros valores fornecidos pelo Sindicato, comprometendo-me ainda a seguir as normas estatutárias.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do associado