

# FICHA DE FILIAÇÃO

Número do Filiado:	Data de Filiação: / /	Data de Desfiliação: / /
--------------------	--------------------------	-----------------------------

Obs: A ficha de filiação deverá ser preenchida em letra de forma ou à maquina.

## I – DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS

Nome				Associação / /	Desligamento / /
Matrícula	Data Nasc. / /	End. Res.	Nº	Bairro	
Cidade	Est.	CEP	Tel. Particular/celular		
Filiação (pai)			Filiação (Mãe)		
Naturalidade	Est.	Estado Civil	CPF		
Telefone trabalho			Situação: (Ativo); (Inativo); (Afastado) ou (Desligado)		
Nível escolar	E-mail	Obs:			

## II – DEPENDENTES

Nome	Parent.	Data Nascimento / /
Nome	Parent.	Data Nascimento / /
Nome	Parent.	Data Nascimento / /
Nome	Parent.	Data Nascimento / /
Nome	Parent.	Data Nascimento / /

## TELEFONE E ENDEREÇO PARA CONTATO COM DEPENDENTES

Nome	Parent.	Telefone	
Endereço	Cidade	UF	CEP

Declaro aceitar as condições constante no Estatuto do SINCOTRASP – Sindicato das Cooperativas Do Estado de São Paulo, Comprometendo-me a cumprir e fazer com que sejam cumpridas na esfera de minha responsabilidade.

Estou ciente quanto à filiação e de que pagarei, junto ao boleto do plano de saúde, o valor de R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos) mensais.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado