



SINDICATO DOS PROFISSIONAIS DA PEDAGOGIA
E PSICOPEDAGOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Delegacia Sindical - Rua Marconi, 131 - 4 andar
República - SP - Fone: 4786.3900

PREENCHA OS ESPAÇOS UTILIZANDO LETRA DE FORMA

ESPAÇO DESTINADO AO SINDICATO.

Motivo: () Novo Sócio () Religamento () Atualização Cadastral () Taxa de Plano de Saúde R\$ 5,00

FICHA DE CADASTRO

Matrícula	RG	CPF
Nome Completo		
Data Nasc.	CEP	
Endereço		
Complemento (ex. apart. / bloco..)	Cidade	
Fone Contato	Fone Celular	Sexo () M () F
Ident. Funcional / Matric. Empresa	Cód. Empresa	Nome da Empresa
Estado Civil	Profissão	
E-mail		
Sindicalizado por:		Data
Cadastrado por:		Data

Autorizo expressamente por livre e espontânea vontade, de acordo com o previsto na legislação vigente e convenções, o SINDPPESP SINDICATO DOS PROFISSIONAIS DA PEDAGOGIA E PSICOPEDAGOGIA, a descontar em minha folha de pagamento, por meio de boleto ou débito em Conta Bancária:
Banco _____ Ag. _____ C.C. _____, o valor decorrente da utilização de serviços efetuados por mim ou por meus dependentes autorizados, junto ao Sindicato dos Profissionais da Pedagogia e Psicopedagogia do Estado de São Paulo - SINDPPESP.

TIPO DE SÓCIO

<input type="checkbox"/> Folha de pagamento	Assinatura
<input type="checkbox"/> Pagamento em boleto bancária	Assinatura
<input type="checkbox"/> Pagamento em desconto débito automático	Assinatura
<input type="checkbox"/> Pagamento via boleto avulso	Assinatura
<input type="checkbox"/> Aposentado	Assinatura

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura