



**SINDICATO DOS ARQUITETOS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

## **SINDICATO DOS ARQUITETOS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

### **FICHA DE ASSOCIAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telef. profissional: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telef. residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nº CAU: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Universidade: \_\_\_\_\_

Pelo presente, solicito minha associação ao Sindicato dos Arquitetos no Estado de São Paulo - SASP, declaro que li e aceito os preceitos estatutários da entidade, principalmente os deveres, penalidades e direitos dos associados.

O Associado que aderir aos benefícios do Convênio celebrado entre o SASP e a Corpore Administradora de Benefícios de Saúde obterá um desconto de 50% no valor da anuidade, será cobrado mensalmente o valor de R\$ 13,00 (treze reais), junto com as mensalidades do plano de saúde.

Cidade e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da diretoria