

SindSAÚDE-SP

SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Paula Ney, 546/550 - Vila Mariana - SP - T: 3083-6100 - Fax: 3083-0261

FETSS

CNTSS

CUT

FICHA DE FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO/APOSENTADOS

FILIAÇÃO

RECADASTRAMENTO

É FILIADO(A) NA(O)

ASSES

SINDSAUDE

Nome:

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: ___/___/___

Quesito Raça/Cor: _____

CPF:

RG:

Endereço:

No.: Apto.: Bairro:

Cidade: CEP: -

Telefone: - Celular: -

Estado Civil: _____ E-mail: _____

Copiar do holerite o número do RS

Registro Funcional (RS, Matrícula, etc) No.:

Copiar do holerite o número do benefício

Aposentados:

Cargo/Função: _____ Região (Núcleo/DI R): _____

Órgão Contratador: Estado Município Admissão ___/___/___

Regime de Contratação: CLT Lei 500 Efetivo OSS/PRI VADO

Local de Trabalho _____

Endereço _____

Cidade _____ Bairro _____

CEP _____ Telefone _____ Ramal _____

Solicito a minha filiação ao Sindsaúde-SP e autorizo o desconto da mensalidade em folha de pagamento, conforme estatuto do referido sindicato.

_____, de _____ 201____
Local Data do preenchimento

Assinatura