



SINDICATO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO PARANÁ
CNPJ 779487270001-20

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME:		
PAI:		MÃE:
RG:	CPF:	CRESS:
PIS:	NASC. LOCAL E ESTADO:	
DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
CEP:	CIDADE:	TELEFONE RESID:
E-MAIL PESSOAL:		CELULAR:
EMPREGADOR:		
ENDEREÇO:		CIDADE:
CEP:	TELEFONE:	E-MAIL:
DATA DE ADMISSÃO:	OBSERVAÇÕES:	
DEPENDENTES	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

Assinatura do Sindicalizado

Data da Sindicalização: ____/____/____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA MENSALIDADE EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente, autorizo meu empregador a descontar em folha de pagamento, a mensalidade sindical no valor de R\$ 15,00 (quinze reais), e repassar ao Sindicato dos Assistentes Sociais - SINDASP até 10 dias após o desconto.

BANCO: Caixa Econômica Federal. Agência: 0369, Op. 003. Conta: 00002605-2.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sindicalizado

R. Itupava, 649 - Juvevê – CEP.: 80040-134 – Curitiba/PR -Fones: (41) 99888-0067 / 3090-5600