PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO – Formulário de Cadastro

Nome: _____

Matrícula: _____ **Cargo:** _____

Lotação: _____ **Ramal:** _____

Data de ingresso: _____ /_____ /_____ **( ) Efetivo ( ) CC ( ) Pensionista**

Nascimento: _____ /_____ /_____ **em** _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Celular: _____ **Telefone fixo:** _____

E-mail 1: _____

E-mail 2: _____

Endereço: _____

_____ **Bairro:** _____

Cidade / UF: _____ **CEP:** _____

DECLARO para todos e quaisquer efeitos, que conheço e vou cumprir o que estabelece o Estatuto, Regimentos e demais instrumentos legais do SINDICÂMARA, que as informações constantes do presente formulário são a expressão da verdade e AUTORIZO o desconto em folha da mensalidade.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do(a) Proponente