

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