



SINTUNESP



Sócio nº _____

Nome: _____

Filiação (Pai / Mãe): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cep: _____ Cidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Natural de: _____

Nº RG: _____ CPF: _____

E-mail: _____

Celular: _____ Resid.: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Lotação: _____ Seção: _____ Depto.: _____

Admissão: ____/____/____ Função atual: _____ Matrícula: _____

Campus: _____ Unidade: _____

Telefone: _____

Local / Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____



SINTUNESP



Nome: _____

Campus: _____ Unidade: _____ Matrícula: _____

Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Autorização

Autorizo descontar em folha de pagamento a minha mensalidade como associado do Sindicato dos Trabalhadores da Unesp – SINTUNESP. Se não houver margem, autorizo a efetuar o desconto em conta corrente.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

INFORMAÇÕES DE CONTATO

Sede: Praça da Sé, 108 - Centro - 3º andar | São Paulo | SP | CEP: 01001-000

Fone: (11) 3105-0645 | Site: www.sintunesp.org.br | E-mail: sintunesp@uol.com.br

CNPJ: 61 365 771/ 0001-77