



SINDICATO DOS SECURITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

FUNDADO EM 30 DE OUTUBRO DE 1940 - Reconhecido pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Em 20 de Fevereiro de 1942

SEDE CENTRAL

Av. 9 de Julho, nº 40 - 8º, 9º, 14º e 15º andares - Sede Própria. Telefone: 3259.0411 - Cep 01312-000

Site: www.securitariosp.org.br E-mail: diretoria@securitariosp.org.br

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Solicito minha admissão ao quadro social desse Sindicato e autorizo o desconto das mensalidades em Folha de Pagamento na Empresa onde trabalho. De acordo com o artigo 545 do Clt.

USO EXCLUSIVO DO SINDICATO

Admitido em ____/____/____

Inscrição de nº _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo (sem abreviatura) _____

CPF _____

Data de nasc. _____

Estado Civil _____

Nacionalidade _____

Cidade _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

DOCUMENTOS

Carteira Profissional nº _____ Série: _____ Data da Emissão: ____/____/____ Na cidade de _____ Estado: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Nome da Empresa onde trabalha: _____

Endereço de trabalho: _____ Tel.: () _____ ramal _____

Cidade: _____ Cep.: _____ e-mail: _____

Data de adm.: ____/____/____ Função: _____ Depto.: _____

Associado: 2 fotos

Dependente: 1 foto

3 x 4

EXERÇO A PROFISSÃO ENQUADRADA
POR ESTE SINDICATO DESDE

Mês

Ano

Local _____

Dia _____

Mês _____

Ano _____

Assinatura do Proponente



AUTORIZAÇÃO

Em conformidade do Artigo 545, Parágrafo Único, na qualidade de Associado do Sindicato dos Empregados em Empresas de Seguro Privados e Capitalização, de Agentes Autônomos de Seguros Privados e de Crédito e em Empresas de Previdência Privada no Estado de São Paulo, autorizo a _____
efetuar o desconto em folha de Pagamento das Mensalidades, àquela Entidade Sindical.

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

DATA DE ADM. NO SINDICATO: _____

DESCONTO A PARTIR DO MÊS DE: _____

Estou de acordo em pagar com pontualidade as Mensalidades e Contribuições que compõem a Receita Orçamentária do Sindicato instituída pelas Assembléias.