



Sindicato dos Servidores Públicos do Estado de SP
Rua Silveira Martins, 53 – 4º andar - Praça da Sé - São Paulo –
SPCEP:01019-000 - Fone/Fax:3106-5098 / 3112-8455
E-mail: sisresp@sisresp.org.br – Fundação 1988

Registro no SISPESP

Nº Matrícula:

Data:

AUTORIZAÇÃO PARA FILIAÇÃO

Nome: _____

Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Gênero: Feminino Masculino Outros

RG: _____ CPF: _____

PIS/PASEP: _____

Registro Funcional (RS/Matrícula) Nº: _____

(Copiar do Holerite o RS)

Filiação: _____

End. resid.: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____ CEP: _____

Telefone res.: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Orgão/Entidade: _____

Cargo/Função: _____ Data Admissão: _____

Local de trabalho e end: _____

Bairro: _____ UF: _____ Município: _____

Cep: _____ Telefone com.: () _____

Fui indicado por: _____

Documentos necessários

Cópia do último holerite, RG, CPF e comprovante de residência - Entregar na sede do Sindicato, por E-mail, **WhatsApp (11) 95636-7601** ou correio. Autorizo a cobrança da mensalidade no valor de **R\$ 29,80** por meio de desconto em folha de pagamento boleto bancário transferência bancária pix (CNPJ : 60.260.155.0001-99).

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura