



Sindicato dos Agentes Fiscais de Rendas do Estado de São Paulo

DADOS PESSOAIS

Nome:		
RG.:	CPF:	R.S.:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Nascimento: ___/___/___	Estado Civil:	Sexo:
Dependentes: () Sim () Não		Nome:
Doador de Órgãos: () Sim () Não		Tipo Sangüíneo: Fator RH:
FILIAÇÃO		
Mãe:		
Pai:		

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Caixa Postal	
E-mail:	E-mail Comercial:	
Fone Res: ()	Com: ()	Cel: ()

DADOS FUNCIONAIS

Formação Universitária:	Regional Sinafresp:
Ano do Concurso:	Unidade Adm. Fazendária:
Ingresso na SEFAZ: ___/___/___	Data da Aposentadoria: ___/___/___

PARA PREENCHIMENTO DO SINDICATO

Inscrição n.º: _____		
Filiação	Exclusão:	
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	
Dia Mês Ano	Dia Mês Ano	

DECLARANTE

<i>Assinatura</i>

Contato: (11) 3113-4000

Email: secretaria@sinafresp.org.br; giulianna@sinafresp.org.br

OBS.: * Esta ficha serve como pedido de filiação, que será submetido à apreciação da Diretoria

** Ao entregar a ficha, favor anexar uma foto 3/4 para confecção da carteirinha