



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	_____/_____/_____ Dia Mês Ano	Exclusão	_____/_____/_____ Dia Mês Ano
DECLARANTE			
Autorizo a cobrança da mensalidade prevista pelo Estatuto do SINAFRESP, e solicito que o pagamento seja feito por meio de: Desconto em folha _____; Débito em conta corrente _____;			
Caso não seja possível efetuar a cobrança da mensalidade pela forma acima escolhida, autorizo o SINAFRESP a emitir e enviar boleto bancário para meu endereço.			
Assinatura: _____			

Telefone para contato : (11) 3113-4000

E-mails : giulianna@sinafresp.org.br / secretaria@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