



SINDICATO DOS TRABALHADORES NO MAGISTÉRIO E NA EDUCAÇÃO MUNICIPAL DE SÃO VICENTE

Praça Bernardino de Campos, 180 - Centro - São Vicente/SP - CEP 11310-300 - Fone: 13 3467-1375
CPNJ: 13.154.145/0001-99 e-mail: sintramem.sv@gmail.com

DADOS PESSOAIS

NOME:			
RG:	CPF:	HOLL (REGISTRO):	
NATURAL DE:		UF:	ESTADO CIVIL:
DATA DE NASC: ___/___/___	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		COR:
ENDEREÇO:			Nº
COMP.	BAIRRO	CIDADE	UF:
CEP:	TEL:	CEL:	REC:
E-MAIL:			

DADOS PROFISSIONAIS

DATA DE INGRESSO:	LOTAÇÃO/SEDE:		
LOCAL DE EXERCÍCIO:	TELEFONE:		
CARGO:	<input type="checkbox"/> SUPERVISOR (A) <input type="checkbox"/> PEB I <input type="checkbox"/> MONITOR TRANS. ESC. <input type="checkbox"/> APOSENTADO (A)	<input type="checkbox"/> DIRETOR (A) <input type="checkbox"/> PEB II <input type="checkbox"/> INSPETOR DE ALUNOS	<input type="checkbox"/> ASS. DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> PAEB I <input type="checkbox"/> AOE I <input type="checkbox"/> COORDENADOR (A) <input type="checkbox"/> PAEB II <input type="checkbox"/> AOE II

DEPENDENTES

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO

SÃO VICENTE ___ DE _____ DE 20 ____.

ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO

EU _____ HOLL _____ RG _____

AUTORIZO O DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL DE 2% (DOIS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO BASE, LIMITADO AO VALOR MÁXIMO DE 100,00 (CEM REAIS) AO SINDICATO DOS TRABALHADORES NO MAGISTÉRIO E NA EDUCAÇÃO MUNICIPAL DE SÃO VICENTE (SINTRAMEM).

ASSINATURA