

Ficha Cadastral

Nº _____

Dados pessoais

Nome: _____
R.G.: _____ Órgão Emissor: _____ Expedida em: ___/___/___
C.P.F.: _____ Data de nascimento: ___/___/___
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____
Telefone: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____ E-mail: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Ano de graduação: _____ Instituição: _____ CRBM: _____
Habilitação(ões): 1. _____ 2. _____ 3. _____

Dados profissionais

Empresa

Nome: _____ Ramo de atividade: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____
Telefone: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____ E-mail: _____
Nº de inscrição na empresa: _____ Tipo de contrato: _____
Data de admissão: ___/___/___ Tempo de registro em carteira (total): _____
Área de atuação: _____
Carga horária semanal: _____ Tempo de atuação na área: _____

Eu, _____ declaro verdadeiras as informações acima, sendo que fui informado que a filiação é voluntária e que, a partir de minha filiação, será cobrada a mensalidade sindical. A desfiliação só ocorrerá através de solicitação por carta com firma reconhecida, cessando assim a cobrança da mensalidade sindical a partir da data de processamento. Os débitos anteriores, se houver, devem ser quitados antes da solicitação de desfiliação.

Sendo assim, solicito minha filiação ao Sindicato dos Biomédicos Profissionais do Estado de São Paulo.

São Paulo, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do associado