



SINTTARESP

Sindicato Intermunicipal dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia,
Diagnóstico por Imagens e Terapia no Estado de São Paulo

CNPJ: 59.950.410/0001-46

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Gênero: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____

CTPS: _____ / (Série) _____ Naturalidade: _____

UF: _____ Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____

E-mail: _____

Local de Trabalho (Empresa): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: () _____ - _____ Horário: _____ às _____

Setor de Trabalho: _____

Função Realizada: _____

Estou ciente e autorizo prévia e expressamente a empresa na qual trabalho a descontar em minha folha de pagamento, conforme legislação em vigor, as mensalidades sindicais no percentual de 2% (dois por cento) de minha remuneração, além de declarar ciência do desconto de taxas negociais e contribuições sindicais em favor do Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado de São Paulo - SINTTARESP, por meio de boleto bancário Santander Agência 0001 - C/C nº 13.023.168-5, fornecido pela entidade sindical à empresa.

_____, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA