



**SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO ESTADO DE SÃO PAULO
SISPESP**

Registro no SISPESP

Nº Matrícula:

Data:

AUTORIZAÇÃO PARA FILIAÇÃO				
Nome:				Sexo:
RG:	CPF:	RS/Matrícula:	Est.Civil.:	
Data de Nasc.:		Naturalidade:		Estado:
Filiação:				
Cônjuge:				
Endereço Residencial:				
Numero:	Complemento:	Município:	UF:	
Bairro:	CEP:	Telefone Residencial:	Celular:	
Orgão Público:		E-mail:		
Especifique a Autarquia ou Secretaria:			Cargo ou Função:	
Endereço Comercial:				
Numero:	Complemento:	Município:	UF:	
Bairro:	CEP:	Telefone Comercial:		
Banco:		Agência:	Conta Corrente:	

Autorizo o desconto da mensalidade Sindical em hollerith na Folha de Pagamento ou Debito em Conta Corrente.

Local: _____ Data: _____ Assinatura: _____

Imprimir autorização, assinar, entregar na sede ou enviar pelos correios (endereço abaixo) com as cópias dos documentos:

Documentação: xerox do último hollerith, RG, CPF e comprovante de residência.

Sede Própria:

Rua Dr. Bittencourt Rodrigues, 88, 5º andar, Cj.502 CEP: 01017-010

Fone/Fax: 11 3106-5098 / 3112-8455

www.sispesp.com.br - e-mails: sispesp@sispesp.com - sispesp@sispesp.com.br

