



SINDICATO DOS GUARDAS CIVIS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO

Entidade Representativa da Categoria



PROPOSTA DE FILIAÇÃO SINDGUARDAS-SP
(FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

Nome Completo: _____

RF: _____ CPF: _____ Sexo: _____

RG: _____ Cargo: _____

Endereço Resid.: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Unidade (Base): _____ Estado Civil: _____

Nome de Guerra: _____ Naturalidade: _____

Data de Nasc.: _____ Escolaridade: _____

Data de Início na GCM: _____ Celular: _____

Tel. Resid.: _____ Recado: _____

Mãe: _____ Pai: _____

E-mail: _____

Dependentes:

Nome	Parentesco	Nasc.:	Celular:

Informe se o(s) dependente(s) mora(m) junto e outras informações pertinentes.

São Paulo, _____ de _____ de _____. Apresentado por: _____

Autorizo descontar de meus vencimentos em folha de pagamento, em favor do Sindicato dos Guardas Civis Metropolitanos de São Paulo – SindGuardas-SP, o valor da prestação total do mês, bem como os futuros reajustes decorrentes de aprovação regulamentar.

Assinatura Proponente

Assinatura do Presidente
SindGuardas-SP