



**SINDICATO DOS EMPREGADOS EM EDIFÍCIOS E CONDOMÍNIOS RESIDENCIAIS E
COMERCIAIS DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, DIADEMA, SANTO ANDRÉ, SÃO CAETANO
DO SUL, MAUÁ, R. PIRES E RIO GRANDE DA SERRA**

Sede: Travessa Luiza Setti nº 65 - Centro - São Bernardo do Campo/SP – Fones: 4122-8484/4122-8480

Subsede 1: Rua Campos Sales nº 100 - 6º andar, sala 63 - Centro - Santo André/SP - Fones: 4990-1080/4438-3101

Subsede 2: Rua Amazonas nº 416 - 1º Andar, sala 08 – Centro - São Caetano do Sul/SP- Fones: 4229-7204/4221-4761

FICHA DE ASSOCIAÇÃO SINDICAL

SÓCIO Nº _____

Nome Completo _____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____ RG Nº _____ CPF/MF Nº _____

CTPS Nº _____ Série Nº _____ E-mail _____

Nome da Mãe _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ CEP _____ UF _____

Fones de Contato: Residencial _____ Fone Comercial _____

DEPENDENTES

(ANEXAR CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO E DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES)

Cônjuge/Companheiro(a) _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filho(a) _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filho(a) _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filho(a) _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filho(a) _____ Data de Nascimento: ____/____/____

DADOS DO CONDOMÍNIO

(ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA PROFISSIONAL ONDE CONSTA NÚMERO E REGISTRO)

Empregador _____ CNPJ Nº _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ CEP _____ UF _____

Função _____ Admissão ____/____/____ Fone Comercial _____

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Declaro que estou ciente e de acordo com todas as normas contidas no Estatuto Social deste sindicato, comprometendo-me a respeitar e cumprir as deliberações aprovadas pelas assembleias da categoria, inclusive, autorizando expressamente os descontos das contribuições sindicais, assistenciais e negociais previstas na Convenção Coletiva da Categoria. Autorizo, ainda, o desconto da contribuição sindical anual, nos termos dos artigos 579, 582 e 602 da CLT, sem prejuízo das contribuições previstas e aprovadas pelas assembleias da categoria.

Estou ciente de que, caso haja minha desfiliação associativa decorrente de expressão de minha livre vontade, o que é assegurado a qualquer tempo, serão cancelados, automaticamente, todos os benefícios adquiridos exclusivamente pela associação sindical, como plano de saúde coletivo e demais vantagens garantidas exclusivamente para associados do Sindicato, cláusula esta, que declaro estar plenamente ciente e de acordo, autorizando, portanto, o cancelamento imediato de plano de saúde coletivo porventura adquirido no curso da associação sindical.

_____/____/____

Assinatura do Associado