



**SINDICATO DOS PROFESSORES E AUXILIARES DA ADMINISTRAÇÃO DE ENSINO DE BRAGANÇA PAULISTA**

Av. Carlos de Campos, 443- Jd. São José, Bragança. Pta. – SP – Fone: 4034-2676

---

**FICHA DE FILIAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Filiação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG N°: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho (Escola): \_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dependentes legais esposa (o) filhos menos de 18 anos:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Bragança Paulista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura do associado



**SINDICATO DOS PROFESSORES E AUXILIARES DA ADMINISTRAÇÃO DE ENSINO DE BRAGANÇA PAULISTA**

Av. Carlos de Campos, 443- Jd. São José, Bragança. Pta. – SP – Fone: 4034-2676

---

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE MENSALIDADE ASSOCIATIVA**

Eu \_\_\_\_\_  
Funcionário da Empresa \_\_\_\_\_

Autorizo o desconto da importância de R\$ 30,00 (Trinta Reais) mensais, do meu salário, importância esta que deverá ser repassada ao **SINDICATO DOS PROFESSORES E AUXILIARES DA ADMINISTRAÇÃO DE ENSINO DE BRAGANÇA PAULISTA**, a título de pagamento de mensalidade associativa, estando ciente que este valor poderá sofrer alteração, quando decidido por assembleia geral das categoria profissionais representadas pela entidade sindical.

Bragança Paulista \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinatura