



Proposta de Associação- Padarias

Cod do Associado: Matrícula: Renovação: Sim Não

Nome:

Endereço:

Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

E-mail Tel. Residencial: Cel:

Data de Nascimento: Mês: Sexo:

Filiação: Pai:
Mãe:

Estado Civil: Nome do Cônjuge:

Dependentes*:	Nome:	Data de Nascimento:	Parentesco:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nacionalidade: Naturalidade: PIS:

CPF: Num da Identidade: Título:

Carteira de Trabalho: Série/UF: Reservista:

Empresa onde trabalha:

CNPJ: Profissão:

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Declaro, para os devidos fins e sob penas prevista em Lei, que as informações cotidas neste documento são verdadeiras.

_____, ____/____/____

Assinatura do Presidente

Assinatura do Sócio

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, _____ CTPS: _____ Série: _____ estou ciente que pagarei a importância de R\$ 20,00 (Vinte Reais), mensalmente, referente a minha mensalidade social do STIA/PB (Art. 545 da CLT), além de 1% da contribuição assistencial mensal e um dia de trabalho (contribuição sindical) no mês de março de cada ano, conforme cláusula da convenção coletiva de trabalho e CLT.

_____, ____/____/____

Assinatura do Sócio

Atenção->> São dependentes do associado: Casado- esposa e filhos menores de 18 anos, Solteiro- pai e mãe