

Foto 3x4		SINTUFSCar SINDICATO DOS TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	
		Rodovia Washington Luís, km 235 – CEP 13565-905 – Caixa Postal 676 – São Carlos/SP Secretaria (16) 3351-8393 / Planos de Saúde (16) 3361-7014 / Financeiro (16) 3361-7015 Site: www.sintufscar.org.br e-mail: sintuf@sintufscar.org.br	

ATIVO () APOSENTADO () PENSIONISTA ()		São Carlos () Araras () Sorocaba () Lagoa do Sino ()	
Nome:		Sócio Nº:	
Departamento/Setor:		Função:	Ramal:
Endereço:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	Celular:	
Estado Civil:	Admissão UFSCar:	Data de Associado:	
Data Nasc:	CPF:	RG:	
Nº do SIAPE:	E-mail:		
Banco:	Agência:	Nº da Conta:	
Escolaridade:		CNS:	

DEPENDENTES		
Nome:	Data Nasc.:	Rel. Depend.
Nome:	Data Nasc.:	Rel. Depend.
Nome:	Data Nasc.:	Rel. Depend.
Nome:	Data Nasc.:	Rel. Depend.
Nome:	Data Nasc.:	Rel. Depend.

	SINTUFSCar SINDICATO DOS TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA UFSCar	
	Rodovia Washington Luís, km 235 – CEP 13565-905 – Caixa Postal 676 – São Carlos/SP Secretaria (16) 3351-8393 / Planos de Saúde (16) 3361-7014 / Financeiro (16) 3361-7015 Site: www.sintufscar.org.br e-mail: sintuf@sintufscar.org.br	
Nome:		Sócio Nº:
Departamento/Setor:		Função:
Banco:		Agência:
E-mail:		Nº da Conta:
Solicito a inclusão no quadro de associados do Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos da Universidade Federal de São Carlos (SINTUFSCar), dando pleno consentimento para que o Departamento de Administração Pessoal da UFSCar, processe o desconto em folha de pagamento de 1% (um por cento) sobre o meu rendimento bruto, a partir do mês de _____/_____, conforme deliberação da Assembleia Geral do dia 24 de julho de 1991, valor referente ao pagamento de minha mensalidade. São Carlos _____, de _____, de _____.		
_____ Coordenadora Geral do SINTUFSCar		_____ Associado (a)