



**Sindicato dos Publicitários, dos Agenciadores de Propaganda e dos
Trabalhadores em Empresas de Propaganda do Estado de São Paulo**

Rua Apeninos, 1025 – Paraíso – São Paulo/SP - Cep 04104-020 – Fones: 5549-2723 / 5571-3441 – Fax: 5549-3964
E-mail: spaptep@uol.com.br Site: www.sindicatopublicitariosp.com.br

PROPOSTA PARA SÓCIO

Nº do Sócio _____

Nome Completo _____

Nacionalidade _____ Local de Nascimento _____

Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____ Idade _____ Anos

Residência _____

Bairro _____ Cidade _____ Cep _____

Telefone _____ E-mail _____

Nome do Pai _____ Nacionalidade _____

Nome da Mãe _____ Nacionalidade _____

Cônjuge _____ Data Nasc. ____/____/____

Filhos _____ Data Nasc. ____/____/____

_____ Data Nasc. ____/____/____

_____ Data Nasc. ____/____/____

_____ Data Nasc. ____/____/____

Nome da Empresa _____

Endereço _____

Telefone _____ Bairro _____ Cep _____ Cidade _____

CTPS nº _____ Série _____ Estado Expedidor _____

CPF nº _____ (*) * Preenchimento obrigatório

Função que exerce na empresa _____ Admitido em ____/____/____

Há quantos anos exerce a função de Publicitário? _____ Agenciador? _____ Já foi associado? Sim Não

Obs.: Para ingressar no quadro associativo do Sindicato, o integrante da categoria tem que estar em dia com suas obrigações sindicais.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente _____

Aprovada em reunião de Diretoria realizada em ____/____/____ Computador ____/____/____

Visto _____

Presidente _____ Secretário _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Nome do Sócio _____

Autorizo a Empresa _____

a descontar mensalmente da folha de pagamento, conforme o artigo 545 da CLT. Concordo também com os reajustes mensais propostos pelo Sindicato, quando for o caso. NOTA 1 – Encaminhar esta autorização para o Departamento Pessoal da Empresa – NOTA 2 – Esta proposta terá validade com o desconto efetivado.

ASSINATURA _____