



FETRABRAS

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS

FICHA DE RECADASTRAMENTO/FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME:			
ASSOCIAÇÃO:	DESLIGAMENTO:	MATRICULA:	DATA NASC.:
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
Nº:	COMPLEMENTO:	COOPERATIVA AO QUAL É FILIADO:	
CIDADE:		UF:	CEP:
TELEFONE:	FONE CELULAR:		
FILIAÇÃO (PAI):		FILIAÇÃO (MÃE):	
NATURALIDADE:		UF:	ESTADO CIVIL:
CPF:	RG:	ORGÃO EXP.:	INSCRIÇÃO NO INSS:
ATIVIDADE:	BANCO:	AGÊNCIA:	C/C:
SITUAÇÃO:	NÍVEL ESCOLAR:	E-MAIL:	

Declaro aceitar as condições constantes no Estatuto do SINDICATO DOS TRABALHADORES EM COOPERATIVAS DE TRABALHO NO ESTADO DE SÃO PAULO, comprometendo-me a cumprir e fazer com que sejam cumpridas na esfera de minha responsabilidade.

local, Data

Assinatura do Associado