



FOTO

Sede _____

PROPOSTA DE FILIAÇÃO**1) COMPROMISSO:** Solicito a minha inclusão no quadro social do Centro do Professorado Paulista e comprometo-me a permanecer no mesmo pelo prazo mínimo de um ano, a contar de minha primeira contribuição.**2) FORMA DE PAGAMENTO:**

- () desconto das mensalidades em folha de pagamento, conforme autorização no verso;
 () débito automático, conforme autorização no verso;
 () boleto bancário (Central);
 () pagamento na Sede Regional.

3) OPÇÃO SEGURO PECÚLIO (AUXÍLIO FUNERAL) (conforme autorização no verso): () Sim () Não**4) ÓRGÃO PAGADOR:** () Estado () Prefeitura**5) SITUAÇÃO:** () Ativo(a) () Aposentado(a) () Sem exercício**DADOS PARA MATRÍCULA**

Nome:			
RG:	CPF:	RS/RF:	Nº SPPREV:
Data de Nascimento: ____/____/____		Estado Civil:	
Escola:		Telefone: ()	
Cargo/Função:		DE/DREM:	
() Autorizado da rede pública		() Autorizado da rede particular	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:	Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:	CEP:
Tel. Res.: ()	Tel. Cel.: ()	E-mail:

DEPENDENTES

(Cônjuge / companheiro / filhos menores (até 18 anos) / filhos com idade até 24 anos - cursando escola, ensino médio ou superior -, sem vínculo empregatício)

Nome	Parentesco	Data Nascimento
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura

Data de Inclusão: ____/____/____

Nº de Matrícula: ____/____

**Nome:** _____ está ciente de sua inclusão no quadro social do Centro do Professorado Paulista, devendo nele permanecer pelo **prazo mínimo de um ano**, a contar desta data.**FORMA DE PAGAMENTO:**

- (() desconto das mensalidades em folha de pagamento, conforme autorização no verso;
 () débito automático, conforme autorização no verso;
 () boleto bancário (Central);
 () pagamento na Sede Regional.

3) OPÇÃO SEGURO PECÚLIO (AUXÍLIO FUNERAL) (conforme autorização no verso): () Sim () Não

São Paulo, ____ de _____ de _____

Ciente: _____

1) Autorização para desconto em folha de pagamento

Autorizo o Centro do Professorado Paulista (CPP) a proceder o desconto da mensalidade em folha de pagamento.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

2) Autorização para Débito em Conta Bancária

Autorizo o Centro do Professorado Paulista (CPP) a debitar de minha conta corrente o valor correspondente à mensalidade social.

Santander - Agência _____/____ - Conta Corrente _____/_____.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

3) Seguro Pecúlio (Auxílio Funeral)

Solicito a minha inclusão no Seguro Pecúlio (Auxílio Funeral), autorizando o Centro do Professorado Paulista (CPP) a receber o valor correspondente ao benefício, juntamente com a mensalidade social, conforme opção por mim autorizada.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____