



SINDICATO DOS PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS
MUNICIPAIS DE SÃO PAULO

Sede Própria: Rua Humaitá, 483 - Bela Vista - CEP: 01321-010 - CEP 01001-901 - Central de Atendimento: (11) 3292-5500 - www.aprofem.com.br

R.F:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Tel. Residencial: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Dados Funcionais:

Vínculo: _____ 1º Cargo/Função: _____

Situação Funcional: _____ Jornada: _____ Padrão: _____

Lotação/Exercício: _____

Prefeitura Regional/DRE: _____ E.H. (Estrutura Hierárquica): _____

Substituição/Designação/Nomeação (Cargo em Comissão): _____

Vínculo: _____ 2º Cargo/Função: _____

Situação Funcional: _____ Jornada: _____ Padrão: _____

Lotação/Exercício: _____

Prefeitura Regional/DRE: _____ E.H. (Estrutura Hierárquica): _____

Substituição/Designação/Nomeação (Cargo em Comissão): _____

Indicado por:

R.F.: _____ Nome: _____

Obs.: É de exclusiva responsabilidade do filiado a comunicação imediata à APROFEM em caso de desligamento da PMSP

Termos de Uso e Privacidade

Ao assinar esta ficha de filiação, concordo que a APROFEM realize o tratamento dos meus dados pessoais, desde que sejam respeitados os princípios de boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas, em cumprimento à legislação aplicável, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018). Também declaro ter ciência e concordar com o Termo de Uso e Política de Privacidade da APROFEM.

Anexar cópia simples do RG, do
CPF e do holerite

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura



SINDICATO DOS PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS
MUNICIPAIS DE SÃO PAULO

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM
FOLHA DE PAGAMENTO
(nos termos do Decreto 58.890 de
30/07/2019)

Eu, _____

R.F.: _____ C.P.F. _____, AUTORIZO descontar de meus vencimentos a favor da entidade consignatária em epígrafe, valor mensal atual de R\$ _____ (_____) equivalente a 1% (um por cento do meu padrão de vencimentos e referente à mensalidade. Em se tratando de empréstimo pessoal/imobiliário/linha de crédito especial/colônia de férias, o valor acima será descontado em ***** parcelas, totalizando R\$***** (*****)).

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura e R.G. do Filiado

Carimbo/Assinatura do responsável pela Consignatária