

SINDICATO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SOROCABA E REGIÃO – SINSAÚDE SOROCABA

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO – MATRICULA No. _____

NOME: _____

RG No. _____ - CPF No. _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ - CIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ - PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua/Av.: _____ - No. _____ BAIRRO: _____

CIDADE/UF: _____ BLOCO: _____ - APTO: _____ - CEP: _____

FONES: Fixo (____) _____ - Celular (____) _____

E-mail: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTOS E TERMO DE CIÊNCIA

AUTORIZO pela Presente, expressamente, o desconto da Mensalidade Associativa em favor do Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Sorocaba e Região – SINSAÚDE Sorocaba, conforme 545 e Ss. da CLT, junto a minha empregadora, atual ou futura, ficando autorizada a migração entre as mesmas automaticamente, e ainda, AUTORIZADAS a procederem aos descontos, em minha folha de salários, das CONTRIBUIÇÕES DEVIDAS AO SINDICATO, estejam elas estabelecidas em lei, ou que vierem a ser fixadas em Assembléia Geral da Categoria, dentre as quais: Contribuição Sindical, e/ou Contribuição Assistencial, e/ou Contribuição Negocial, e/ou Contribuição Confederativa, ou qualquer outra, sob qualquer denominação.

E Declaro-me ciente de que deverei manter meus dados atualizados junto a Entidade, bem como de que PODEREI SER EXCLUÍDO do quadro de Associados da mesma, quando da ausência de três mensalidades associativas ou mais, ou de qualquer outra contribuição que venha a ser fixada pelas Assembléias. Me comprometo a me comunicar a informar o Sindicato em caso de demissão ou alteração de empresa.

Data: ____/____/____. Assinatura: _____

EMPRESA (S) AUTORIZADA(S) A (OS) DESCONTO (S)

EMPRESA (S) AUTORIZADA(S) A (OS) DESCONTO (S)

DEPENDENTES

NOME	PARENTESCO	DATA NASC.

VISTO DA DIRETORIA NA ENTIDADE SINDICAL: _____