

FICHA DE ASSOCIAÇÃO

Nome do associado:.....

CPF:..... RG:..... Órgão Expedidor:..... UF:.....

Cônjuge:..... nº de dependentes:.....

Naturalidade:..... Nacionalidade:..... Nascimento:/...../.....

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros ()

Endereço completo:.....

.....

.....

Telefone comercial:..... Telefone celular:.....

Inscrição no CRCUF:.....

Categoria: Transferida () SIM () NÃO

RG Nº: CPF: CTPS Nº Série:..... UF:.....

Empresa em que trabalha:.....

Cargo:..... Matrícula do SIAPE:.....

Nº do PIS/PASEP:..... E-mail:.....

CTPS nº.....Série.....

....., de....., de.....

Assinatura do empregado:.....

AUTORIZAÇÃO

Comprometendo-me em contribuir mensalmente, autorizo a Empresa, a partir da data da minha filiação, o desconto em folha de pagamento da Mensalidade Sindical devida, correspondente ao valor mínimo R\$ 100,00 (cem reais) mensais.

Assinatura do Empregado:

A Diretoria da Seção Sindical do SINDCONTAB-AM está de acordo com a filiação do

Empregado:.....

Ativo () Inativo ()

Assinatura da Diretoria:

Eu, abaixo assinado, solicito a inclusão de Meu nome no quadro de associados desta Entidade, cuja proposta se apresenta com fundamento nas Convenções Coletivas/Acordos Coletivos e Leis Trabalhistas vigentes, que preveem os seguintes descontos em favor da Entidade Sindical: Contribuição Assistencial Negocial – percentual de até 2% (dois por cento) uma vez ao ano; Contribuição Sindical – Valor equivalente a 1 (um) dia de trabalho (Conforme CLT, art. 545), desconto esse realizado no mês de março de cada ano ou quando da ocasião da data admissional, caso não tenha sido praticado o desconto em Período anterior, no mesmo ano; Contribuição Associativa – percentual de 2% sobre o salário base da categoria, mensal. Declaro ainda, ter sido informado (a) de que nos meses em que incidir o desconto das Contribuições Sindical e Assistencial não será aplicado o desconto da Contribuição Confederativa, bem como declaro ter tomado conhecimento dos direitos adquiridos no usufruto de convênios e parcerias com Entidades Educacionais, de Lazer e Colônia de Férias, Serviços Odontológicos, Médicos e Atendimento Jurídico prestados pelo SINDCONTAB, Decorrentes de minha filiação.

....., de....., de.....

Assinatura:

OBS:

Preencher dados cadastrais da ficha;

Assinar a ficha;

E anexar o PDF com os documentos Necessários – CRC/RG/CPF.

Enviar a ficha com os documentos para o e-mail institucional: contato@sindcontab.com.br

Em caso de dúvidas ligue ou envie mensagens para **92 995379693**