



SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTAÇÃO E AFINS DE ARAÇATUBA

Rua Nestor Moreira, 17 - Telefones: (18) 3623-5976 - 3623-8715 - FAX: (18) 3623-8681
Caixa Postal, 222 - CEP 16015-430 - ARAÇATUBA - SP - CNPJ: 43.756.659/0001-85

Através da presente, solicito dessa digna Diretoria, que seja incluído o meu nome no quadro social desta entidade, como associado contribuinte. E, para os devidos fins, autorizo que seja solicitado os descontos das mensalidades devidas em folhas de pagamento, a minha firma empregadora, nos termos do Art. 545 da C. L. T.

Para que seja instruída a presente, de conformidade com as normas estatutárias, segue devidamente com os meus dados pessoais.

_____ de _____ de 20 ____

N.º de Matrícula: _____

Assinatura

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELOS SIGNATÁRIOS DESTE PEDIDO

Nome: _____

(Pai) _____

Progenitores: (Mãe) _____

Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

Natural de: _____ Nascido em: _____ de _____ de _____

Residência: _____

Firma Empregadora: _____

Remuneração: R\$ _____ Seção: _____

Carteira Profissional N.º: _____

Data de Admissão na Empresa: _____

Nome da Esposa: _____

Título de Eleitor N.º: _____ Certificado de Reservista N.º: _____

S.C.A./... Admitido em reunião de Diretoria no dia _____ de _____ de 20 ____

Presidente

A U T O R I Z A Ç Ã O

Outrossim, autorizo, descontar em minha folha de pagamento, a mensalidade devida ao Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação e Afins de Araçatuba, que lhe faz jus por ter-me associado a esta entidade, de conformidade com o Art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho, a devida importância, será citada pelo Sindicato.

Na expectativa de ser satisfeita a sua pretensão subscreve-se atenciosamente.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura