



SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇO DE SAÚDE DE JAÚ

BASE TERRITORIAL: JAÚ e REGIÃO

PROPOSTA N° _____

Nome: _____

Filiação (pai): _____

Filiação (mãe): _____

Data do Nascimento: _____ de _____ de _____

Natural de: _____ Estado: _____

Endereço: _____ N° _____

CEP: _____ Bairro _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Data de admissão na categoria _____ Fone(s) _____

CPF: _____ RG: _____

Empresa onde trabalha: _____

Para os efeitos do artigo 545 da CLT, autorizo a empresa _____

_____ a descontar em

folha de pagamento, minha MENSALIDADE SOCIAL e contribuições devidas

ao **Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviço de Saúde**

de Jaú, na qualidade de associado. Também concordo ser de minha responsabilidade

em comunicar o Sindicato no prazo de 30 dias sobre eventual dispensa ou mudança de

empregador. Caso não seja feita a comunicação no prazo de 30 dias corridos, estou ciente que serel

desligado(a) do quadro associativo desta entidade, não tendo mais direito aos benefícios deste,

Inclusi: ➤ seguro de vida.

_____ de _____ de 20 _____

PROPONENTE

SÓCIO

DEPENDENTES

N O M E S	DEPENDENTES		Data Nasc.
01			
02			
03			
04			
05			
06			

Obs.:

São dependentes esposo (a), filhos (as) solteiros (as), com idade até 21 anos incompletos e pai e mãe quando o sócio for solteiro (a);

No ato da entrega da proposta, trazer xerox da certidão de casamento, 2 fotos 3x4 recentes e dos dependentes xerox da certidão de nascimento e uma foto 3x4 recente;

A mensalidade associativa sofrerá reajuste nos meses em que for reajustado o salário-mínimo.