

**PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE
SÓCIO DO SINDNAÇÕES**

Nome: _____

RG: _____ Org. Exp: _____ CPF: _____

Data Nasc: ____/____/____

Nacionalidade: _____ Natural: _____

Filiação: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone Res.: () _____ Cel: () _____

E-mail: _____

Local de Trabalho: _____

Fone Trabalho: () _____

Função: (Opcional): _____ Data de Admissão: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo meu empregador a descontar em folha de pagamento.

A contribuição mensal em conformidade com o artigo 34 do estatuto social do sindicato, correspondente a 1% do valor do salário de contribuição para o INSS — aprovado em Assembléia-Geral de acordo com o inciso IV do artigo 8º da Constituição Federal do Brasil e art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho — conforme descrito:

() Salário superior a R\$ 5.531,31 (contribuição de R\$ 56,46)

() Salário inferior: R\$ _____ (1% deste valor)

Caso haja desistência da filiação, deverá ser feito um comunicado ao sindicato por escrito juntamente com a quitação de eventuais débitos.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017

Assinatura