

SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DO VESTUÁRIO DE CASCAVEL E REGIÃO.

Avenida Brasil, 3199, Terceiro andar, sala 14, São Cristóvão, 85816-294

Fone: (45) 3226-7544 Fax: (45) 3226-9633 - Cascavel - PR

CNPJ: 81.273.146/0001-02

www.sintravest.com.br

E-mail: sintravest_cvel@hotmail.com

PROPOSTA SOCIAL

Nome: _____

Fone Residencial: (____) _____ Celular:(____) _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Local de Nascimento: _____ Estado: _____ Idade: _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Nº Carteira Profissional: _____ Série: _____

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____

Sexo () Masculino () Feminino Estado Civil: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Profissão: _____ Função: _____

Indústria em que trabalha: _____

Indústria em que trabalhou anteriormente: _____

Data da filiação ao Sindicato: ____ / ____ / ____.

Assinatura do empregado

AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de sócio contribuinte do **SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DO VESTUÁRIO DE CASCAVEL E REGIÃO**, e conforme Art. 545 da CLT, AUTORIZO o meu empregador a descontar mensalmente, em folha de pagamento, a mensalidade sindical referente a: _____

ou a que for apresentada por esta Entidade.

Cascavel, _____ de _____ 20 ____.

Nome do Empregado

Assinatura do empregado