



**SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL E PRIVADO DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

FUNDADO EM 26 DE SETEMBRO DE 1951 - CNPJ: 83.932.020/0001-28
Rua Frei Evaristo, nº 77 - CEP 88015-410 - Florianópolis-SC

PROPOSTA DE ADMISSÃO AO QUADRO SOCIAL

Matrícula Sindical nº: _____

Nome: _____ Gênero: _____

Filiação: _____

Data Nasc.: _____ Natural de: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Fone: _____

Celular: _____ Whatsapp: () Sim - () Não E-mail: _____

Redes Sociais: _____ Formação: () Fundamental () Médio () Superior () Pós

Empresa 1: _____ Admissão: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Função: _____ Setor: _____

Empresa 2: _____ Admissão: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Função: _____ Setor: _____

Identidade: _____ Carteira de Trabalho: _____ Série: _____

CPF: _____ Matrícula Funcional: _____

AUTORIZAÇÃO

A coleta, tratamento e armazenamento de dados pessoais do sindicalizado será feita com finalidade específica de cadastro, tendo para tanto propósitos legítimos, específicos e explícitos. Ao assinar o sócio concorda e dá seu consentimento expresso para que se proceda ao tratamento dos dados acima fornecidos.

Por intermédio desta, fica autorizado o meu EMPREGADOR, a descontar mensalmente de meu salário a partir do mês de _____ de _____, a importância de 1% (um por cento) da remuneração em favor do Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Florianópolis, referente a minha contribuição mensal como associado, conforme Estatuto Social da Entidade.

Florianópolis, _____ de _____ de _____. EFETIVO INATIVO CLT

Assinatura do trabalhador

Presidente

Autorização de desconto em folha de pagamento - A partir de _____ de _____.

Nome da Entidade Sindicato Trab.Estab.Serviços de Saúde de Florianopolis		Código do Desconto
Nome do Trabalhador		CPF do Trabalhador
Matrícula e Cargo	Data de Nascimento	Sexo
Descrição do Empregador		Código do Órgão

Pelo presente autorizo o Setorial de Recursos Humanos que estou lotado, descontar a contribuição mensal de 1% (um por cento) da remuneração para a entidade acima indicada. Declaro que a presente assinatura não invalida eventuais descontos já consignados em folha de pagamento.

A coleta, tratamento e armazenamento de dados pessoais do sindicalizado será feita com finalidade específica de cadastro, tendo para tanto propósitos legítimos, específicos e explícitos. Ao assinar o sócio concorda e dá seu consentimento expresso para que se proceda ao tratamento dos dados acima fornecidos.

Local Florianópolis/SC	Data / /	Assinatura do Trabalhador
---------------------------	-------------	---------------------------