

Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

Poá, Ferraz de Vasconcelos e Itaquaquecetuba

Local:

DATA:

N.º PROTOCOLO

Ao
Sindicato do Comércio Varejista de Mogi das Cruzes e Região

De acordo com a cláusula da Convenção Coletiva de Trabalho 2018/2019, para **Trabalho em Dias Especiais**, venho pela presente solicitar autorização para a empresa abaixo.

*RAZÃO SOCIAL

--

*ENDEREÇO

*Nº

--

*BAIRRO

*MUNICÍPIO

*CEP

*TELEFONE DA EMPRESA

--	--	--	--

*CNPJ

*Nº DE EMPREGADO (S) *ATIVIDADE ECONÔMICA

--	--

*NOME DO SÓCIO RESPONSÁVEL

*EMAIL DA EMPRESA

--	--

*OPTANTE PELO SIMPLES

*POSSUI CERTIFICADO REPIS

*DATA DO REPIS

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	/ /
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----

*CONTABILIDADE

*E-MAIL DO CONTADOR

*TELEFONE DO CONTADOR

--	--	--

Neste ato, **declaramos e assumimos** compromisso de cumprimento de todas as cláusulas da Convenção Coletiva de Trabalho 2018/2019 da qual declaramos ter conhecimento. Junto com requerimento, deverá ser encaminhada Certidão de Regularidade e enquadramento sindical emitida pelo Sindicato dos Empregados representante da categoria profissional. Não serão processadas as solicitações quando estas forem apresentadas faltando qualquer um dos itens descritos anteriormente.

Datas Especiais 2018 –DEZEMBRO

	DE 01 A 31 De Dezembro EXCETO 25
	Segunda a Sexta-Feira no período de 01 A 31 De Dezembro de 2018 das 08:00 às 22:00 horas
	Sábados das 09:00 às 20:00 horas
	Shopping Centers: Período de 01 a 31 de Dezembro de 2018 das 10:00 às 23:00 horas, salvo nos dias 15/12/2018 e 22/12/2018, onde poderão estender seus horários até as 24:00 horas. As horas suplementares deverão ser feita MEDIANTE ACORDO COLETIVO , através das entidades signatárias do presente instrumento, bem como as disposições contidas neste instrumento e a legislação municipal correspondente.

Nestes Termos,

Nome do Sócio Responsável

RG.: _____

CPF.: _____

Assinatura Responsável pela Empresa

CARGO.: _____

DATA PREVISTA DA RETIRADA.: _____

DATA DA RETIRADA.: _____

*Campos Obrigatórios

*Preencher em 3 vias sendo 1 via com firma reconhecida

Carimbo do CNPJ

--

