

Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

Biritiba Mirim.

Local: Mogi das Cruzes

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 e Feriados**, 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

SIM NÃO

SIM 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.

Feriados Nacionais/Municipais e Datas Especiais – 2º Trimestre

Assinale	Dia/Mês	Semana	Feriado	Local
	19/abril	Sexta-feira	Paixão de Cristo	Nacional
	21/abril	Domingo	Tiradentes	Nacional
	01/maio	Quarta-feira	Dia do Trabalho	Nacional
	05/maio	Domingo	Aniversário de Biritiba Mirim	Municipal
	12/maio	Domingo	Dias da Mãe	Data Especial
	20/junho	Quinta-feira	Corpus Christi	Nacional

Nestes Termos,

Nome do Sócio Responsável

RG.: _____

CPF.: _____

Assinatura Responsável pela Empresa

CARGO.: _____

DATA PREVISTA DA RETIRADA.: _____

DATA DA RETIRADA.: _____

Carimbo do CNPJ

*Campos Obrigatórios

*Preencher em 2 vias sendo 1 via com firma reconhecida

Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

N.º PROTOCOLO

Ao Sindicato do Comércio Varejista de Mogi das Cruzes e Região

Nós Integrantes da Empresa _____, manifestamos vontade de trabalhar nas seguintes datas _____

Nome	Carteira Profissional	Assinatura

Nome do Sócio Responsável _____

RG.: _____

CPF.: _____

Assinatura Responsável pela Empresa

CARGO.: _____

DATA PREVISTA DA RETIRADA.: _____

DATA DA RETIRADA.: _____

Carimbo do CNPJ

*Reconhecer firma do responsável pela empresa
*Preencha quantas cópias forem necessárias para o quadro de funcionários em 2 vias.