

Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

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 2017/2018, para **Trabalho em Dias Especiais e Feriados**, venho pela presente solicitar autorização para a empresa abaixo.

*RAZÃO SOCIAL

*ENDEREÇO

*N.º

*BAIRRO

*MUNICÍPIO

*CEP

*TELEFONE DA EMPRESA

*CNPJ

*N.º DE EMPREGADO (S) *ATIVIDADE ECONÔMICA

*NOME DO SÓCIO RESPONSÁVEL

*E-MAIL 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 2017/2018 da qual declaramos ter conhecimento.

Feriados Nacionais/Municipais – 3º Trimestre

| Assinale | Dia/Mês | Semana | Feriado | Local |
|----------|-------------|---------|-------------------------------------|-------------------|
| | 09/Julho | Segunda | Revolução Constitucionalista | Feriado Estadual |
| | 26/Julho | Quinta | Padroeira de Mogi das Cruzes | Feriado Municipal |
| | 12/Agosto | Domingo | Dia dos Pais | Data Comemorativa |
| | 01/Setembro | Sábado | Aniversário da Cidade | Feriado Municipal |
| | 07/Setembro | Sexta | Independência do Brasil | Feriado 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 3 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 copias forem necessárias para o quadro de funcionários em 3 vias.