

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 2018/2019, 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 2018/2019 da qual declaramos ter conhecimento. Junto com o requerimento, deverá ser encaminhada certidão negativa ou positiva com efeitos de negativa, de 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 – 4º Trimestre

Assinale	Dia/Mês	Semana	Feriado	Local
	12/Outubro	Sexta	Padroeira do Brasil	Nacional
	02/Novembro	Sexta	Finados	Nacional
	15/Novembro	Quinta	Proclamação da República	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

