

Termo de Adesão a Acordo Coletivo de Trabalho

Salesópolis.

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

*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/Octubro	Sexta	Padroeira do Brasil	Nacional
	02/Novembro	Sexta	Finados	Nacional
	15/Novembro	Quinta	Proclamação da República	Nacional
	20/Novembro	Terça	Consciência Negra	Municipal

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

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.