SOLICITAÇÃO PARA ENQUADRAMENTO NO REPIS – REGIMES ESPECIAL DE PISOS SALARIAIS – MOTORISTA (CATEGORIA DIFERENCIADA)

Formulário para as cidades de Mogi das Cruzes, Suzano,Guararema, Biritiba Mirim e Salesóplis . PREENCHER EM 3 VIAS.

Data ___/___/___
Nº Protocolo

Ao

Sindicato do Comércio Varejista de Mogi das Cruzes e Região do Alto Tietê
Sindicato dos Trab Emp. Transp Rodoviários de Mogi das Cruzes, Suzano, Guararema
Biritiba Mirim e Salesópolis.

De acordo com as cláusulas específicas da Convenção Coletiva de Trabalho **2023/2024**, especificamente que regulamenta o assunto, venho pelo presente requerer o enquadramento da empresa abaixo identificada no – Tratamento Sindical Diferenciado – **Regime Especial de Pisos Salariais – REPIS**.

Razão Social:			
Endereço:		**Nº:**	**Compl:**
Cep:	**Bairro:**	**Município:**	**UF:** SP
E-mail:		**Telefone:**	
CNPJ:	**I.E.:**	**Nº CNAE principal:**	
Atividade de Comércio:		**Capital Social(R$):**	
Receita Bruta Anual:		**Nº de Empregados:**	
Nome do Sócio Responsável:			
RG:		**CPF:**	

Declaramos sob as penas da lei e assumimos as responsabilidades que, a empresa em referência tem condições de ser enquadrada no Tratamento Sindical Diferenciado – **REPIS**. Certidão de regularidade e enquadramento sindical emitida pelo Sindicado os Empregados representante da categoria profissional.
Assumimos total compromisso no cumprimento de todas as cláusulas da Convenção Coletiva de Trabalho **2023/2024**, da qual declaramos ter total conhecimento. Temos ciência de que a falsidade desta declaração ocasionará o desenquadramento da empresa do **REGIME ESPECIAL DE PISOS SALARIAIS (REPIS)** com consequente pagamento das diferenças salariais aos empregados, bem como sujeita-se as penalidades das leis civis e criminais.
Não serão processadas as solicitações quando estas forem apresentadas faltando qualquer um dos itens descritos no parágrafo anterior.

Termos em que: _____ _____

Assinatura – Sócio Responsável (Reconhecer Firma) — Nome do Responsável pela Empresa

Contador Resp.:	**Nº C.R.C:**	**Telefone:**
Escritório:	**E-mail:**	

Declaramos sob as penas da lei e por ela assumindo inteira responsabilidade, que a empresa em referência tem condições de ser enquadrada no **REPIS- MOTORISTA**.

_____
Assinatura do Contador

* Formulário válido apenas para o REPIS 2023/2024
** TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO OBRIGATÓRIAS PREENCHER EM 3 VIAS SENDO 1 VIA COM FIRMA RECONHECIDA
Anexar comprovante contribuição patronal anual, certidão de regularidade sindical dos empregados e última rais.