

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Eu, _____, inscrito no CPF n. _____,
empregado(a) da empresa _____,
autorizo o desconto do valor equivalente a um dia do meu salário do mês de março de 2018, a título de
contribuição sindical, em favor do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no
Estado do Ceará - SINDSAUDE, conforme previsão contida no Art. 578, da CLT.
Fortaleza (CE), ____ de março de 2018.

Assinatura

●Via do Trabalhador

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Eu, _____, inscrito no CPF n. _____,
empregado(a) da empresa _____,
autorizo o desconto do valor equivalente a um dia do meu salário do mês de março de 2018, a título de
contribuição sindical, em favor do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no
Estado do Ceará - SINDSAUDE, conforme previsão contida no Art. 578, da CLT.
Fortaleza (CE), ____ de março de 2018.

Assinatura

●Via do Sindicato