

Ao

Grupo HAP Vida (Hospital Antonio Prudente e demais Empresas)

Att. Departamento de Recursos Humanos

Nesta

Solicito que seja pago o piso de técnico de enfermagem previsto na cláusula 3ª, parágrafo único, da Convenção Coletiva de Trabalho 2015, tendo em vista que preencho os requisitos exigidos, conforme documentos anexos.

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_ Inscrição COREN nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (CE), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura