

Ao
SINDSAÚDE/CE

Comunico a essa entidade sindical que não concordo com o desconto de R\$ 20,00 (vinte reais), em parcela única, no meu salário de setembro de 2015, relativo ao desconto assistencial pactuado na CCT 2015/2016.

NOME DO(A) EMPREGADO(A): _____.

CPF.: _____

EMPREGADOR: _____.

_____, ____/____/____.

Local e data

_____.

Assinatura