



SINTEST - MG

SINDICATO DOS TÉCNICOS DE SEGURANÇA DO TRABALHO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CÓDIGO OFICIAL 921.005.371.04189-7 CNPJ: 25.578.642/0001-01 – FUNDADO EM 10-12-1988

PROPOSTA DE FILIAÇÃO

Nome Completo: _____

REGISTRO MTE: _____ CTPS: _____ SERIE: _____ DATA DE NASC: _____

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____ RG: _____ UF: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/UF: _____ CEP: _____ PIS: _____ CELULAR () _____

E-MAIL: _____ TEL.FIXO: () _____

FACEBOOK: _____

EMPRESA QUE TRABALHA: _____

ENDEREÇO _____ Nº _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____ EMAIL-RH _____

CNPJ _____ TEL() _____ GRAU DE RISCO _____

ADMITIDO EM ____/____/____ RAMO DE ATIVIDADE _____

REQUERIMENTO E AUTORIZAÇÃO

Venho por meio desta, requerer minha filiação ao SINTEST-MG em conformidade com o estabelecido no estatuto da entidade, comprometendo-me a respeitá-lo e cumpri-lo sob as penalidades da lei. Autorizo prévia e expressamente, nos termos do art. 578 da CLT e art. 8º da CF, ao setor competente da empresa onde trabalho a descontar em minha folha de pagamento o valor de 1/30 avos do meu salário, anualmente, a título de imposto sindical, e demais contribuições instituídas em favor do sindicato, aprovadas nas assembleias gerais, valores estes que deverão ser descontados na rubrica própria do SINTEST-MG e creditados a sua conta, BANCO MERCANTIL AG.0324 CC.02015273-6 / CAIXA ECONOMICA FEDERAL AG. 0935 OP. 003 CC. 15774 conforme disposto na Portaria Ministerial 160, de 13/04/2004, ou outra que vier a substituí-la. Fica, ainda, o SINTEST-MG autorizado a representar-me como substituto processual em quaisquer ações ou processos, na esfera administrativa ou judicial que envolva meus direitos coletivos ou individuais.

DECLARAÇÃO

Eu, acima qualificado (a), declaro que são verdadeiros todos os dados e informações prestadas neste documento. Autorizo o SINTEST/MG o envio destas informações ao tomador dos serviços, a fim de que sejam regularizadas em folha de pagamento as taxas devidas ao sindicato que ora me filio. Requeiro a minha filiação, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura legível e por extenso

APROVADA EM ____/____/____

PRESIDENTE DO SINTEST/MG

Obs: Anexar 01 (uma) fotografia 3x4, cópias de RG, M.T.E, CPF e folha de rosto e ultimo contrato na Carteira de Trabalho.

**SEDE PRÓPRIA - AV. AUGUSTO DE LIMA, 233 – BL 01 – CONJ.SALAS 1325/1329 - CENTRO -
BELO HORIZONTE –MG - CEP: 30190-000 TELEFAX: (31) 3213-2279
Email: contato@sintestmg.org.br – Home: www.sintestmg.org.br**