



**SINDICATO DE CATEGORIA PROFISSIONAL DIFERENCIADA, EMPREGADOS
E TRABALHADORES DO RAMO DE ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA E
SEGURANÇA PRIVADA DE CAMPINAS E REGIÃO "SINDIVILÂNCIA
CAMPINAS"**

Rua Jorge Miranda, nº 97 - Botafogo - Campinas/SP - CEP 13020-180 - Fones (19) 3253-2004 / 3251-7332
Site: www.sindivilancia.org.br Email: atendimento@sindivilancia.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Associado matr. nº _____

À Empresa _____

Eu, _____, funcionário desta empresa,
portador da CPF nº _____, autorizo o desconto mensal em meus salários,
equivalente à 1,5% do piso salarial da categoria, inclusive do 13º Salário e Férias, sem o acréscimo de 1/3, bem como contribuição assistencial
em favor do Sindivilância Campinas do qual sou associado. Estou ciente que somente poderei solicitar cancelamento como associado após
01 (um) ano de filiação, conforme deliberação assembleiar. Declaro que minha Sindicalização é de livre e espontânea vontade.

Local _____, _____ de _____ de _____

NOME LEGÍVEL

ASSINATURA