

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Pelo presente instrumento, eu _____,
(nome completo)
_____, _____, _____, portador (a) do
(nacionalidade) (estado civil) (profissão)
RG nº _____ órgão emissor _____, inscrito(a) no CPF sob o nº
_____ residente e domiciliado(a) no (a) _____
_____, nº _____, Bairro _____,
(Complemento _____), na cidade/estado de _____,
CEP _____, autorizo o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas
Ocupacionais a solicitar a meu (s) empregador (es) ou a quem de direito o desconto
diretamente em meu salário / vencimento / folha de pagamento dos valores devidos por
mim a título de anuidades e contribuições sindicais de qualquer natureza, bem como o
repasso desses valores ao SINFITO/PI, inclusive os referentes à contribuição assistencial
prevista na alínea "e" do artigo 513 da CLT, da contribuição sindical prevista no artigo
578 e seguintes, também da CLT, da contribuição confederativa prevista no inciso IV do
artigo 8º da Constituição Federal, e de contribuições negociais firmadas em convenções
ou acordos coletivos, bem como toda e qualquer outra devida na forma do Estatuto da
entidade ou da legislação.

_____-_____, ____/____/_____
(município) - (UF), (dia) (mês) (ano)

(assinatura-nome)