



FICHA DE SINDICALIZAÇÃO DADOS DO EMPREGADO

Nome _____

CPF _____ Data de Admissão _____

Endereço _____ N° _____

Cidade _____ CEP _____

Telefones _____

Função _____

Email _____

DADOS DA EMPRESA

Nome _____

CNPJ _____

Endereço _____ N° _____

Cidade _____ CEP _____

Telefones _____

O empregado acima identificado, reconhece o SINDICATO DOS EMPREGADOS EM HOSPITAIS, CLÍNICAS, CASAS DE SAÚDE E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA LIMA, como a entidade sindical representativa da categoria dos empregados que faz parte e adere, como SÓCIO, a todos os termos do Estatuto Social da referida entidade.

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Empregado