

**CARTA DE OPOSIÇÃO – CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL
2020/2021**

Local / data:

AO
SINSESP

Razão Social da Empresa: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: SP
Telefone: _____
Nome responsável RH/Contabilidade: _____
E-mail do RH, geral da empresa ou Contabilidade: _____

Nome da Profissional: _____
Data de Admissão _____ Cargo na Admissão _____
Cargo Atual _____ RG.: _____ CPF _____
Nº SRTE _____ CTPS nº _____ série _____
Telefone residencial: _____
Endereço Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____
e-mail para contato: _____

Prezados Senhores,

Manifesto minha oposição ao desconto de Contribuição Assistencial, referente à Norma Coletiva do **período de 01/05/2020 a 30/04/2021.**

Atenciosamente,

Ass.:
(não é necessário reconhecer firma)

***Obrigatório o preenchimento de todos os dados solicitados para que a carta seja processada em nosso sistema.**

***Importante: Só serão aceitas as cartas entregues pessoalmente ou portador no período de 28/06/21 a 07/07/2021 de segunda a sexta-feira das 09h às 14h.**