

CARTA DE OPOSIÇÃO – CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL

2020/2022

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 30/04/2022**.

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 02/08/2021 a 11/08/2021 de segunda a sexta-feira das 09h às 14h.**