



SINDRACSE

SINDICATO REGIONAL DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS DO NORTE DE MINAS

CNPJ: 60.006.245/0001-58

Telefone: (38) 99738-3252

E-mail: atendimento@sindicatosindracse.org.br

Site Oficial: www.sindicatosindracse.org.br



A UNIÃO FAZ A FORÇA.

DADOS PESSOAIS

Nome Completo:

Data de Nasc: __/__/----

CPF:

RG:

Naturalidade:

Estado Civil:

Sexo:

Endereço:

Número:

Bairro:

Cidade:

UF:

Cep:

Escolaridade:

Telefone:

Email:

Telefone Recado:

DADOS FUNCIONAIS

Cargo: () Agente Comunitário de Saúde - () Agente de Combate às Endemias

Matrícula:

Data de admissão:

Forma de Contratação: Concurso Público () - Processo Seletivo () - Outros ()

Município de Atuação:

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO INDIVIDUAL DE ADESÃO E FILIAÇÃO

Eu, filiado(a), declaro, de livre e espontânea vontade, requerer e autorizar, de forma individual, ao município/instituto de previdência, conforme a Convenção nº 87 da OIT e o artigo 8º da Constituição Federal, o exercício do meu direito de aderir/filiar-me ao SINDRACSE.

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Eu, filiado(a), declaro ciência e concordância de que é minha responsabilidade comunicar por escrito à secretaria ou ao e-mail do SINDRACSE qualquer alteração nos meus dados cadastrais.

COMUNICAÇÃO OFICIAL

Eu, filiado(a), declaro ciência e concordância de que toda a comunicação entre o(a) filiado(a) e o SINDRACSE será feita exclusivamente pelo e-mail cadastrado na ficha de filiação ou por escrito na secretaria do SINDRACSE, meio aceito por ambos.

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES

Eu, filiado(a), declaro ciência e concordância em autorizar, por prazo indeterminado, ao SINDRACSE a requerer em meu nome, de maneira individual ou coletiva, junto ao município/instituto de previdência, Cópias de meus contracheques; Ficha funcional; Dados de saúde e segurança do trabalho (conforme NR-1); Quaisquer informações sobre minha situação funcional. Autorizo ainda o departamento jurídico a repassar os andamentos processuais ao SINDRACSE e todos os demais dados necessários ao bom desempenho deste sindicato, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM O ESTATUTO DO SINDRACSE

Eu, filiado(a), declaro que recebi uma cópia do estatuto e informações complementares sobre os benefícios e funcionamento do SINDRACSE, no endereço eletrônico e número de telefone, cadastrado na ficha de filiação, e, de livre e espontânea vontade, estou ciente e concordo totalmente com as disposições previstas no estatuto.

AUTORIZAÇÃO INDIVIDUAL PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DE MENSALIDADE SINDICAL

Eu, filiado(a), declaro e autorizo o município a descontar do meu salário mensal o percentual de 1,0% do vencimento base, independentemente da existência de margem consignável (limitada a 70% da minha remuneração). O valor da mensalidade sindical, aprovado em assembleia do SINDRACSE, poderá ser alterado por nova aprovação em assembleia.

DESFILIAÇÃO

Eu, filiado(a), declaro ciência e concordância de que poderei solicitar a qualquer tempo meu direito de desfiliação, mediante requerimento próprio, assinado por mim em conjunto com o Presidente e diretor de finanças. O SINDRACSE terá um prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, a partir da data da assinatura, para cancelar o desconto da mensalidade sindical.

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, filiado(a), autorizo o uso de minha imagem pelo SINDRACSE em qualquer meio de comunicação, sem que isso gere ônus de qualquer natureza. Esta autorização é irrevogável e irretirável, não podendo ser objeto de reivindicação, indenização ou compensação, pois se trata de um ato de livre e espontânea vontade.

_____/MG, ____ de _____ de _____

Assinatura do Filiado (a)

Assinatura do Presidente