



PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

TERMO DE ADESÃO AO PROJETO

EMPREGADOR:

inscrito(a) no CNPJ/CEI sob o n.º _____, com endereço na

telefone (____) _____/_____, neste ato representado por
_____, CPF n.º _____
E-mail da empresa _____.

Declaro que li atentamente a redação da **Cláusula 14ª da Convenção Coletiva de Trabalho** vigente, optando pela adesão ao projeto fornecido pelo sindicato, me comprometendo a custear mensalmente no importe estabelecido pela norma coletiva, ciente de que a mera adesão não supre a obrigação estampada na norma acima aludida.

Declaro para todos os fins, que as informações por ora prestadas através do “*Termo de Adesão ao Projeto*” são verdadeiras e me responsabilizo, sob as penalidades legais, inclusive, sob pena da multa constante na cláusula 50ª da Convenção Coletiva de Trabalho vigente, à manter os dados concernentes aos trabalhadores (admitidos/demitidos) atualizados junto ao SINDCLIN, e que, os atuais empregados da empresa estão contidos no “ANEXO I: RELAÇÃO DE EMPREGADOS BENEFICIADOS” da presente adesão, tudo, com o fim de garantir aos empregados a obtenção dos benefícios previstos pelo programa de assistência do sindicato.

OBS: Os procedimentos e forma de marcação das consultas estão no site do SINDCLIN conforme cláusula convencional.

_____, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO EMPREGADOR



PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Data de preenchimento

____/____/____

ANEXO I

RELACÃO DE EMPREGADOS BENEFICIADOS:

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____ CTPS NÚMERO: _____ SÉRIE: _____ -

E-mail do funcionário: _____

Telefone: _____ Celular: _____