

OPOSIÇÃO À CONTRIBUIÇÃO

Eu, (escreva seu nome completo), (escreva sua nacionalidade), (escreva sua profissão), portador da cédula de identidade com RG (escreva o número do seu RG), e do CPF (escreva o número do seu CPF), residente e domiciliado à (escreva o seu endereço completo), em consonância com o acordo firmado entre o Sindicato dos Trabalhadores no Sistema de Operação, Sinalização, Fiscalização, Manutenção e Planejamento Viário e Urbano do Estado de São Paulo – SINDVIÁRIOS e a (escreva o nome completo da empresa em que trabalha) junto à Curadoria dos Interesses Difusos e Coletivos do Ministério público do Trabalho da segunda região, venho por meio da presente opor-me ao desconto da Contribuição Assistencial referente ao Acordo Coletivo de Trabalho do ano de 2024.

Declaro ser verdade, dato e assino a presente declaração que faço em duas vias, de próprio punho, conforme determinação expressa do Ministério Público do Trabalho da segunda região.

(escreva sua cidade por extenso), (dia) de (mês) de (ano)

(escreva novamente o seu nome por extenso)

(assine o documento)