



AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

TAXA ASSISTÊNCIAL

Eu:.....

CPF:.....Colaborador (a) da....., por meio

desta AUTORIZO o desconto no meu salário correspondente ao percentual de **1%** (um por cento), à incidir sobre o valor do salário de janeiro de 2024, a título de TAXA ASSISTENCIAL. Estou ciente que o valor da CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL será descontado na folha de pagamento e repassado ao Sindemed/MG através de depósito bancário.

Ficam isentos do desconto previsto no caput desta cláusula os empregados associados ao Sindicato Profissional.

O desconto previsto nesta cláusula incidirá sobre o salário de **janeiro de 2024**, já devidamente reajustado conforme determina a cláusula quarta desta convenção.

Os empregados que entregarem autorização individual, por escrito no departamento de recursos humanos da cooperativa empregadora, com o prazo até o dia **10 de março do ano vigente**.

DADOS CADASTRAIS:

Rua/Av.:

Número:..... Complemento:..... Bairro:.....

Cidade:..... Estado:

CEP:.....Endereço eletrônico:.....

Para fins de cálculo do desconto da TAXA ASSISTENCIAL, encaminho ao SINDEMED/MG em anexo, o meu contracheque do mês de janeiro/2024 em conjunto a presente autorização.

Por ser a expressão de minha vontade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma:

....., de de

Assinatura