

# CAMPANHA DE SOLIDARIEDADE: ajude a diminuir a fome!

**Olá companheiro(a)**, espero encontrar você e sua família com muita saúde neste momento tão difícil que estamos enfrentando devido à pandemia.

Diante dessa situação, o Sindicato dos Químicos do ABC vê a necessidade de buscar formas de tentar ajudar os companheiros(as) que se encontram desempregados e passando por dificuldade, para isso estamos retornando nossa **Campanha de Solidariedade** aos que mais necessitam e precisam.

Estaremos arrecadando, durante uma semana, alimentos e material de higiene pessoal.

Gostaríamos que você, trabalhador e trabalhadora, que se sentir bem e puder, colabore!

Sua ajuda será fundamental para diminuir a fome neste momento tão difícil.

Estamos tentando negociar com as empresas, para nos ajudar nessa campanha, um espaço destinado para deixar os alimentos.

Faça parte da **Quarentena Solidária** e ajude a diminuir a fome de quem tem fome!

Grato!

**José Evandro**

*Coordenador Regional*



# Confira **BENEFÍCIOS** que somente os sócios/as do Sindicato dos Químicos do ABC têm:

\*MÉDICO do Trabalho

\*CURSOS e Oficinas

\*ADVOGADOS trabalhista, civil e previdenciários

\*INFORMAÇÕES (boletins impressos e digitais)

\*CONVÊNIO com colégios e faculdades

\*CONVÊNIOS com clínicas médicas e clínicas odontológicas

## VEJA QUANTOS MOTIVOS VOCÊ TEM PARA SE ASSOCIAR!

### Juntos somos Fortes!



## Preencha a ficha abaixo e seja um associado/a ao Sindicato.



**FICHA PARA NOVO SÓCIO**

**FICHA PARA RECADASTRAMENTO**

Nº DE MATRÍCULA

ASSINALE COM UM X DE ACORDO COM SEU CASO (NOVO SÓCIO OU RECADASTRAMENTO)

É TRABALHADOR TERCEIRIZADO?  SIM  NÃO

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMININO

RAÇA:  NEGRO  BRANCO  AMARELO  INDÍGENA  OUTRA, QUAL? \_\_\_\_\_

CIDADE EM QUE NASCEU: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTEIRO  OUTROS

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_ REGISTRO Nº: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SE É TERCEIRIZADO, QUAL A EMPRESA EM QUE PRESTA SERVIÇO? \_\_\_\_\_

SANTO ANDRÉ, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

ASSINATURA DO NOVO SÓCIO: \_\_\_\_\_

AUTORIZO O DESCONTO MENSAL DE PERCENTUAL DE 1,5% DO SALÁRIO BASE EM FOLHA DE PAGAMENTO, RELATIVO À MENSALIDADE SINDICAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, BEM COMO COM AS DELIBERAÇÕES DE ASSEMBLEIAS E ME COMPROMETO A COMUNICAR O SINDICATO, SEJA EM CASO DE AFASTAMENTO PELO INSS OU OUTRO MOTIVO, O MEU RETORNO AO TRABALHO PARA O DEVIDO RECADASTRAMENTO. PARA TRABALHADORES TERCEIRIZADOS, A COBRANÇA DAS MENSALIDADES SERÁ FEITA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO.

