

O requerimento de Adesão ao Reajustamento Salarial com Teto deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, em papel timbrado da empresa e entregue mediante protocolo na sede do **SINCAMESP**, que providenciará a elaboração e encaminhamento do Certificado Sindical ao **Sindicato dos Comerciantes de São Paulo** para assinatura e sequente encaminhamento à empresa solicitante.

(PREENCHER EM DUAS VIAS EM PAPEL TIMBRADO PARA PROTOCOLO FISICO NA SEDE DO SINCAMESP)

Ao

SINCAMESP - Sindicato do Comércio Atacadista de Drogas, Medicamentos, Correlatos, Perfumarias, Cosméticos e Artigos de Toucador no Estado de São Paulo

Senhor Presidente:

Nos termos da cláusula 05 da Convenção Coletiva de Trabalho celebrada aos 27/02/2018 entre o **SINCAMESP** e o **Sindicato dos Comerciantes de São Paulo**, com vigência entre 01/10/2017 e 30/09/2018, venho pela presente solicitar a **ADESÃO AO REAJUSTAMENTO SALARIAL COM TETO** da empresa a seguir qualificada:

ENDEREÇO:.....NÚMERO:.....CEP:.....

COMPLEMENTO:.....BAIRRO:.....MUNICÍPIO:

ESTADO:.....

TELEFONE:..... E-MAIL:.....NÚMERO TOTAL DE EMPREGADOS:.....

RAMO DO COMÉRCIO (CNAE PRINCIPAL):

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:.....RG:CPF:.....

Assumindo o compromisso de cumprimento de todas as cláusulas da citada Convenção Coletiva de Trabalho da qual declaramos ter conhecimento.

São Paulo,

Responsável: Nome completo e assinatura