

Mato Grosso, ____ de junho de 2024

Ao
SINDPD/MT
Em mãos

REF.: OPOSIÇÃO À COTA ASSISTENCIAL 2024

Eu, _____, portador da Cédula de
Identidade RG/SSP/SP nº _____, do CPF/MF
nº _____, do e-mail _____ e
do telefone nº () _____, empregado da empresa
_____, inscrita no CNPJ
nº _____, localizada na cidade _____-MT,
venho perante V.s.as, em conformidade com a deliberação da CONVENÇÃO COLETIVA
2024/2026 vigente, EXERCER o direito de OPOSIÇÃO à Cota Assistencial prevista na cláusula
31ª da referida convenção, referente ao exercício de 2024.

Atenciosamente

Trabalhador

Instrução de Preenchimento: A presente carta de oposição, após devidamente preenchida e assinada, deverá ser protocolada na entidade sindical em 02 (duas) vias, para ciência desta e carimbo/assinatura. O trabalhador deverá protocolar sua via assinada na empresa, dentro do prazo estabelecido.

O SINDPD/MT, em atenção à Lei nº 13.709/18 – LGPD, informa que os dados coletados na Carta de Oposição serão tratados para o necessário cadastro e confecção de lista e envio à empregadora, para cumprimento de obrigação administrativo e judicial e ou para responder às solicitações de autoridades. Do tratamento informado estou de pleno acordo.