BOLETIM
O PARCEIRO
Porto Alegre – Maio/2019 Nº 2378

ATENÇÃO TRABALHADORES(AS) NA CETP

CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLEIA DE PAUTA DE RENOVAÇÃO DAS CLÁUSULAS ECONÔMICAS DO ACT 2018/2020 DOS TRABALHADORES DA CETP

QUANDO: 07/05/2019
HORA: 18h45 em primeira chamada e 19h, em segunda chamada
ONDE: Rua Gal. Auto, nº 349, Centro Histórico, sede do SINTTEL-RS - POA
PAUTA: análise e deliberação das reivindicações para renovação do ACT 2018/2020 - Aditivo 2019

Trabalhadoras e trabalhadores na CETP, maio é o mês do reajuste de salários, vale alimentação, locações e demais benefícios. É a data base na CETP. Por isso mais uma vez, como acontece todos os anos, o Sindicato está convocando **TODOS** trabalhadores a participarem da assembleia de construção da pauta de reivindicações.

Destacamos que a participação de cada um é muito importante, pois, só unidos conseguiremos um reajuste digno e decente para todos.

Nenhum direito a menos, juntos somos mais fortes para avançar sempre!

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

O SINDICATO DOS TRABALHADORES EM TELECOMUNICAÇÕES E OPERADORES DE MESAS TELEFÔNICAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - SINTTEL/RS, por seu presidente Gilnei Porto Azambuja, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, convoca a todos os(as) trabalhadores(as) na empresa CETP no estado do Rio Grande do Sul, associados ou não, para comparecerem à Assembleia Geral e Extraordinária à realizar-se no **dia 07 de maio de 201**9, com primeira chamada às 18h45 e, em segunda chamada às 19h, na Sede do Sindicato, sito a rua General Auto, nº 349, Centro Histórico, em Porto Alegre, a fim de deliberarem sobre a seguinte ordem do dia:

1) análise e deliberação das reivindicações para renovação do ACT 2018/2020 - Aditivo 2019

Porto Alegre, 02 de maio de 2019.
Gilnei Porto Azambuja
Presidente

SINTTEL
SINDICATO DOS TELEFÔNICOS/RS

FICHA DE FILIAÇÃO

Dados Pessoais:

Nome:		Sexo: ☐ F ☐ M
RG:	CPF:	
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Naturalidade:
Endereço:		
Cidade/CEP:		Telefone:
E-mail:		
Nome do Pai:	Nome da Mãe:	

Dados Profissionais:

Empresa:	Cargo/Função:	Matrícula:
Endereço Profissional:		

☐ Ativo(a) ☐ Fundação ☐ Aposentado(a)/INSS ☐ Pensionista

Dependente	CPF	Data de Nascimento	Parentesco

Modalidade de Desconto

Autorizo, conforme modalidade escolhida abaixo, para desconto no meu salário, o pagamento das mensalidades e/ou parcelas devidas ao Sinttel.

☐ Desconto em folha de pagamento da empresa e/ou pela Fundação Atlântico.

☐ Débito em Conta.
Banco:_____ Agência _____ Conta Corrente _____

☐ Boleto bancário

_____, ____de_____de_____.
(Local)

_____
Assinatura do(a) Titular

Presidente _____

CUT
SINTTEL/SINTPq FITRATELP

Reproduz e Divulga

Rua Washington Luiz, 572 | Centro Histórico | CEP 90010-460 | Porto Alegre/RS
Fone (51) 3286-9600 | *e-mail*: sinttelrs@sinttelrs.org.br | *Site*: www.sinttelrs.org.br