



SINTTARESP

Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Aux. em Radiologia

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Gênero: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____

CTPS: _____ / (Série) _____ Naturalidade: _____

UF: _____ Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____

E-mail: _____

Local de Trabalho (Empresa): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: () _____ - _____ Horário: _____ às _____

Setor de Trabalho: _____

Função Realizada: _____

Estou ciente e autorizo prévia e expressamente a empresa na qual trabalho a descontar em minha folha de pagamento, conforme legislação em vigor, as mensalidades sindicais no percentual de 2% (dois por cento) de minha remuneração, além de declarar ciência do desconto de taxas negociais e contribuições sindicais em favor do Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado de São Paulo - SINTTARESP, por meio de boleto bancário Santander Agência 0001 - C/C nº 13.023.168-5, fornecido pela entidade sindical à empresa.

_____, ____ de _____ de 20____

ASSINATURA

VANTAGENS E BENEFÍCIOS

Associados do SINTTARESP possuem vantagens em diversas instituições e prestadoras de serviços. Os descontos variam de 10% a 40% em faculdades, hotéis, pousadas, seguros, consultas médicas e odontológicas. Vale lembrar que os convênios são válidos para os sócios e seus dependentes. Confira nossos parceiros em www.sinttaresp.com.br

Os profissionais sindicalizados também têm à disposição um departamento jurídico especializado nas áreas cível, trabalhista e previdenciária para orientar, informar e fornecer a assessoria necessária.

DECLARAÇÃO DE ASSOCIADO

Neste ato, declaro que concordo e ratifico com todas as minhas obrigações previstas nos Estatutos Sociais, regimento Interno e deliberações das Assembleias Gerais do Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado de São Paulo - SINTTARESP, especialmente aquelas relacionadas aos descontos de quotas de taxas negociais, contribuições confederativas, assistenciais e contribuição Sindical de todos os anos, enquanto eu permanecer representado por esse sindicato. Ratifico também a minha autorização e anuência para todos os descontos já realizados. Reconheço ainda que tais contribuições têm condão de manter a entidade de representação sindical forte, e independente, no intuito de garantir melhores condições de trabalho para toda a categoria.

Pelo presente, solicito minha admissão no quadro de associados do Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado de São Paulo - SINTTARESP.

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Estou ciente e autorizo prévia e expressamente a empresa na qual trabalho a descontar em minha folha de pagamento, conforme legislação em vigor, as mensalidades sindicais em favor do Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado de São Paulo - SINTTARESP.

Declaro que fui orientado (a) de forma clara sobre o tratamento de Dados Pessoais. Em observância a lei n.13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar o Sindicato a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades e de acordo com as condições aqui estabelecidas:

- 1) Realização de negociação coletivas ou individuais com os empregadores ou seus representantes (incluindo acesso aos dados oriundos da identificação pessoal, das relações de trabalho, da remuneração, e de desconto de contribuição de toda ordem, inclusive contribuições sindicais e mensalidades associativas), bem como a representação perante poderes executivos, judiciários, legislativos ainda no Ministério Público;
- 2) Prestação de serviços de assessorias jurídicas (mediante formalização da contratação no departamento jurídico do sindicato), representação sindical, de oferecimento de convênios e benefícios.
- 3) Representação Sindical perante todo sistema de representação, incluindo Central Sindical;
- 4) Execução de seus Programas e prestação de serviços;
- 5) Oferecer produtos e serviços que seja do meu interesse;
- 6) Realizar pesquisas com terceiros;
- 7) Realizar a comunicação oficial ou por seus prestadores de serviço, por meio de quaisquer canais de comunicação (telefone, e-mail, SMS, WhatsApp, correspondência, etc.).

Estou ciente que o Sindicato poderá compartilhar meus Dados Pessoais com seus parceiros e demais prestadores de serviços, restringindo-se as funções e atividades por umas desempenhadas e aderência as finalidades acima estabelecidas.

Estou ciente que o Sindicato poderá tomar decisões automatizadas com base em meus Dados Pessoais, sendo garantindo a mim o direito de solicita, por meio dos canais de atendimento do Sindicato, a revisão dessas decisões.

Estou ciente de compromisso assumindo pelo Sindicato de tratar os meus Dados Pessoais de forma sigilosa e confidencial, mantendo-os em ambiente seguro e não sendo utilizados para qualquer fim que não são descritos acima.

Estou ciente que, a qualquer tempo, posso retirar o consentimento ora fornecidos, hipótese em que as atividades desenvolvidas pelo Sindicato, no âmbito de nossas relações, poderão restar prejudicadas.

Declaro e concordo que meus Dados Pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o termino do tratamento, autorizando o uso de minha imagem em campanhas do sindicato – inclusive após a revogação do consentimento -, (i) para cumprir de obrigação legal ou regulamentário pelo Sindicato ou (ii) desde que tornados anônimos.

Por fim, declaro ter lido e ter sido suficiente informado sobre o conteúdo desse Termo e concordo com o Tratamento do meu Dados Pessoais aqui descrito de forma livre e esclarecida, em observância a lei Geral de Proteção de Dados e as demais normativas sobre Proteção de Dados Pessoais aplicáveis.

Por fim, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, nos sentidos de autorizar o Sindicato realizar contato comigo através dos canais e informações acima prestadas.

_____, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA