

# PROPOSTA DE DESFILIAÇÃO

## DADOS PESSOAIS

Nome do (a) Funcionário (a)		Nº PIS/PASEP (OBRIGATÓRIO)	
CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO	DATA DE NASCIMENTO	CARTEIRA DE TRABALHO
Endereço Residencial (Rua, Av., Nº, Aptº)			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone Residencial		Telefone Celular	
E-Mail		Profissão	
Sexo	Estado Civil	Grau de Instrução	

## DADOS PROFISSIONAIS

Cooperativa	Matrícula Funcional	
CNPJ da Cooperativa	Ramo do Cooperativismo	
Endereço Completo da Sede da Cooperativa		
Endereço Completo do Local de Trabalho		
Cargo/Função	Data de Admissão	Telefone/Ramal

### SOLICITAÇÃO DE DESFILIAÇÃO DA ENTIDADE SINDICAL

Venho por meio desta, requerer minha desfiliação do **SINDICATO ESTADUAL DOS TRABALHADORES CELETISTAS NAS COOPERATIVAS NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL – SINTRACOOOP/MS**, não desejando mais permanecer sócio a esta entidade sindical pelo valor de R\$0,00, estando ciente que estou abrindo mão de todos os benefícios pactuados pelos instrumentos coletivos de trabalho firmados pelo SINTRACOOOP/MS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura do Empregado

**Carimbo da Entidade Sindical**

\_\_\_\_\_  
**SINTRACOOOP/MS**