

DESFILIAÇÃO

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

RG:

CPF:

Telefone:

Endereço residencial:

Cidade/Estado:

CEP:

Não tendo mais interesse em continuar contribuindo para com essa Entidade Consignatária, **APP-SINDICATO**, em conformidade com a legislação vigente, requiro a minha desfiliação e o cancelamento, no prazo legal, do respectivo desconto da mensalidade sindical.

DECLARO, ainda, estar ciente de que após a desfiliação da APP-SINDICATO, nas ações judiciais em que eu sou parte integrante, se for o caso, deverei arcar com parte das custas processuais e honorários advocatícios. Além disso, não serei mais amparada pelos benefícios e convênios deste Sindicato, como, por exemplo, planos de saúde.

Por ser verdade firmo a presente.

_____, ____ de _____ de _____.
