

REQUERIMENTO

EU, _____
_____, APOSENTADO (A), RG Nº _____, CPF Nº _____,
BENEFICIO DO INSS Nº _____ RESIDENTE E DOMICILIADO A
AV/RUA _____
_____, SÃO PAULO CAPITAL, CEP _____, VENHO MUI RESPEITOSAMENTE
SOLICITAR DA DIREÇÃO DESTE SINDICATO O CANCELAMENTO DO DESCONTO DA
MENSALIDADE EFETUADA NO MEU CONTRA CHEQUE DO INSS A FAVOR DESTA ENDI-
DADE.

ESPERANDO QUE ESTE MEU PEDIDO SEJA ATENDIDO, DESDE JÁ ANTECÍPO MEUS
AGRADECIMENTOS.

SÃO PAULO, _____ DE _____ DE 2018.

ASSINATURA