

**COORDENADORIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, servidor(a) desta Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, sob a matrícula nº _____, venho através deste informar à Coordenadoria de Recursos Humanos desta Prefeitura Municipal, que sou associado(a) ao **SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SIND-SAÚDE/MG** e considerando a solicitação, por parte dessa entidade, referente a desconto mensal no percentual de 1% em minha remuneração, firmo para efeitos deste termo que:

() Autorizo a efetivação de desconto mensal em minha folha de pagamento, correspondente ao percentual de 1% da minha remuneração em favor do SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SIND-SAÚDE/MG.

() Não autorizo a efetivação do desconto em minha folha de pagamento.

Data: ____/____/____.

Assinatura legível do servidor