

## PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO NA PERDA DE RETRIBUIÇÃO POR DOENÇA

**Requerente** (Nome legível) .....

**Morada** .....

**Código Postal** ..... - ..... **Tel** ..... **Email** .....

**Sócio Nº.** ..... **Data da Baixa** ...../...../..... **Data da Alta** ...../...../.....

**Assinatura do Requerente** .....

### DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

- Recibo onde foi efectuada a dedução do vencimento;
- Declaração da entidade processadora do vencimento com indicação do montante perdido por doença, bem como do período a que respeitou.

### Informação do Próprio/ Delegado Sindical/ Delegação ou Sede do SIM

Descrição do pedido: .....

.....

Documentos anexos: .....

Valor solicitado: ....., .....€

Data ...../...../.....

O Responsável .....

### DELIBERAÇÃO DO SECRETARIADO NACIONAL E CONTROLE DOS SERVIÇOS

Data de entrada ...../...../.....  email  CTT  PMP

Quotização sindical .....

Deliberado em ...../...../.....  Deferido  Indeferido .....

Obs: .....

**Valor deliberado a pagamento:** ....., .....€ Pago p/ Transfª bancária: ...../...../.....

O Dirigente do SN .....

Os Serviços .....

*Remete aos Artigos: 1º, 2º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 26º, 27º e 28º do Regulamento do Fundo Social*