

Autorização para desconto em folha de pagamento

Eu, _____ Matrícula _____
_____ declaro estar ciente e autorizo a **ASFUG- ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIMED GOIÂNIA** a descontar em minha folha de pagamento o valor de R\$ 120,00 (Cento e Vinte Reais) caso ocorra minha ausência e/ou do meu dependente nos jogos do ASFUGÃO nas datas e horários

Data: ____ / ____ / ____

Por ser verdade assino o presente.

Assinatura

Data:____/____/____

Data:____/____/____

Data: ____/____/____