

AVISO DE DERROGAÇÃO DE ACORDO COLECTIVO DE INDEMNIZAÇÃO: FORMULÁRIO A

Acordo colectivo de indemnização entre algumas empresas mineiras da África do Sul e mineiros de ouro e/ou os seus dependentes no seguimento de participações de exposição a pó de sílica ou a contracção de silicose e/ou tuberculose (TB)

Este Formulário só deve ser preenchido se é actualmente ou tiver sido um mineiro de ouro e quiser ser excluído do acordo de indemnização.

Caso preencha este formulário, será EXCLUÍDO do acordo colectivo de indemnização.

- (i) NÃO utilize este formulário se pretende permanecer como parte do acordo de indemnização.**
- (ii) NÃO utilize este formulário se quiser fazer uma participação ao Fundo Tshiamiso.**

Nome completo: _____ N.º de identificação: _____

Morada: _____ (Código postal)

Telemóvel/Telefone: _____ E-mail: _____ (Se disponível)

Se optar por ser excluído do acordo colectivo de indemnização, deixará de ser elegível para envio de uma participação ao Fundo Tshiamiso e não receberá qualquer compensação no âmbito do acordo.

Se optar por ser excluído do acordo colectivo de indemnização, deixará de estar legalmente vinculado ao acordo e terá o direito de fazer a sua participação individualmente no tribunal.

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Nome da(s) mina(s) de ouro onde trabalha ou trabalhou	Número(s) de funcionário de cada mina de ouro onde trabalha ou trabalhou	Período de emprego em cada mina de ouro

ENVIE OS SEGUINTE DOCUMENTOS DE APOIO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIO DE DERROGAÇÃO A PREENCHIDO

1. Uma cópia do seu documento de identificação pessoal **ou** passaporte;
2. Comprovativo de residência;
3. Uma cópia do seu comprovativo de emprego (por exemplo, contracto(s) de trabalho **ou** demonstrativo(s) de pagamento de salário **ou** qualquer outro documento comprovativo de emprego).

(Caso não tenha todos os documentos mencionados acima, contacte imediatamente o Centro de Atendimento gratuito através do número **0801 000 240** ou envie uma mensagem com "por favor, ligue-me" para **072 557 8077**)

DECLARAÇÃO

Tenho 18 anos ou mais. **Li este documento, compreendo as consequências legais da assinatura do mesmo e estou a assiná-lo de livre vontade.**

Ao assinar abaixo, declaro, sob juramento, que:

1. Desejo ser excluído do Acordo Colectivo de Indemnização aprovado pelo Supremo Tribunal em 26 Julho 2019, com o número de processo 44060/18, em meu próprio nome;
2. Compreendo as consequências da minha decisão de derrogação e que, ao fazê-lo, não posso fazer quaisquer participações ao Fundo Tshiamiso com vista numa indemnização, de acordo com os termos do presente Acordo Colectivo de Indemnização; e
3. Concordo que estas informações sejam processadas de acordo com os requisitos da Lei de Protecção de Informações Pessoais, N.º 4 de 2013.

Nome completo

Assinatura

Data

Assinado e juramentado/afirmado em _____ no dia ____ de _____ de 20 __, o declarante reconhece que tem conhecimento e compreende o conteúdo desta declaração, que é verdadeiro e correcto na medida do seu conhecimento e crença, que não tem qualquer objecção ao fazer o juramento/afirmação prescrito e que o juramento/afirmação prescrito será vinculativo na sua consciência.

OFICIAL DE JURAMENTOS

NOME COMPLETO:

DESIGNAÇÃO:

MORADA: