



PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 133 - Centro – tel. 4798-4716

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2020/2021

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SEGMENTO QUE REPRESENTA:
() Criança Adolescente () Idoso () Associações de Bairro () Pessoas c/Deficiência
() Entidades de Assistência Social dos demais segmentos : _____

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO () ELEITOR () SUPLENTE

Nome		
RG	CPF:	Data Nascimento:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo E-mail:	Celular	
Tipo de vinculo institucional:		

III – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

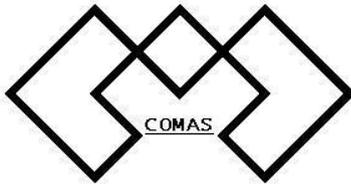
Nome da Entidade:		
Nº de Registro no COMAS		
CNPJ:		
Endereço:		
Telefone fixo	Fax:	E-mail:
Nome do Presidente da Entidade:		

Assinatura do candidato/eleitor:

Assinatura do presidente da Entidade:

Carimbo da Entidade

Data ___/___/___



PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 133 - Centro – tel. 4798-4716

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2020/2021

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: REPRESENTANTES DE USUÁRIOS

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO () ELEITOR

Nome		
RG	CPF:	D.N
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo	Celular	
E-mail:		
Qual projeto, serviços e benefícios sócioassistenciais está vinculado?		
Especificar número de documento se houver:		
Tempo do vínculo:		
Assinatura do candidato/eleitor:		Data ___/___/___

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que Sr.(a) _____ RG. _____ CPF. _____, é Usuário (a) dos serviços socioassistenciais ofertados pela Entidade ou Órgão _____, localizada à Rua _____.

Assinatura do representante Legal da Entidade _____

RG. _____
CPF: _____
Tel: _____

Data: ___/___/___



PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 133 - Centro – tel. 4798-4716

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2020/2021

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES NA ÁREA DA ASSISTENCIA SOCIAL

CATEGORIA PROFISSIONAL QUE REPRESENTA:

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO () ELEITOR

Nome

RG

CPF:

D.N

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone fixo

Celular

e-mail:

Especificar número de documento da categoria profissional (se houver):

Tempo de atuação na Política de Assistência Social:

Assinatura do candidato/eleitor: _____

MC. ___/___/___

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que Sr.(a) _____ RG. _____ CPF. _____, atua institucionalmente na Política de Assistência Social.

Assinatura do representante Legal: _____

RG. _____

CPF: _____

Tel.: _____

Data: ___/___/___