

Ficha de Inscrição

SEGMENTO: Profissionais de Saúde

SEGMENTO: () Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores na Área de Saúde

1. Nome da Entidade: _____

2. Endereço completo da Entidade/Movimento Social: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

_____ Fone: () _____ Fax: () _____

Email*: _____

3. Nome do Presidente ou Representante Legal: _____

4. Data de fundação? _____

5. Nome do Representante Titular: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () E-mail: _____

Portador(a) de Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

6. Nome do Representante Suplente: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () E-mail: _____

Portador (a) de Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

7. Documentos apresentados pela Entidade:

- () Ata de fundação devidamente registrada em cartório ou comprovante de existência por meio de instrumento público com no mínimo 1 ano de registro.
- () Cópia da ata de eleição da Diretoria atual, registrada em Cartório.
- () Cópia do Estatuto registrado em Cartório e suas alterações posteriores.
- () Cópia do CNPJ comprovando cadastro com no mínimo 1 ano e situação ativa.
- () Formulário de inscrição (disponível no site <https://www.portodafolha.se.gov.br>), dirigido à Comissão Eleitoral expressando a vontade de participar da eleição.
- () Cópia de documento de identificação oficial com foto do titular e do suplente.
- () Cópia do comprovante de residência do titular e do suplente do município de Porto da Folha.
- () Certidão de Antecedentes Cível e Criminal (TJSE) e Certidão de Quitação Eleitoral (TRE) de seus respectivos representantes tanto atuais quanto futuros.

_____, _____ de _____ de 2024.

**Assinatura do Representante
Legal/Presidente**