

FICHA DE INSCRIÇÃO AS CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE HULHA NEGRA

Eu,.....

RG..... CPF.....

Residente e domiciliado neste município de Hulha Negra à Rua.....

.....

Bairro..... CEP.....

Fone..... () Não possui

E-mail: () Não possui

Profissão.....

Local de trabalho.....

Solicito minha inscrição para participar da Eleição do Conselho Municipal de Saúde de Hulha Negra, no segmento de:

- () Usuário ou representante de Conselhos Gestores
- () Sindicatos de trabalhadores () Entidades Comunitárias de Bairro () Demais Associações
- () Portadores de Patologia () Pessoa com Deficiência () Assoc./Ent. desenvolve Ativ. Saúde
- () Servidores da Saúde () Assoc./Sindicatos de Profissionais com partic. área da Saúde
- () Hospitais () Assoc./Entid. Sem fins lucrativos () Serviços de Saúde com fins lucrativos

Conforme o Regimento da eleição do Conselho Municipal de Saúde de Hulha Negra, junto cópia da documentação exigida (preenchimento obrigatório, com exceção para o segmento dos usuários simples e representantes da pessoa com deficiência).

Entidade:.....

Endereço:..... nº.....

Bairro..... CEP:.....

Fone :..... E-mail:.....