# ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃOPARA ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

# SEGMENTO USUÁRIO

 A (o) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nome da entidade ou movimento social)

por meio de seu representante legal, abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição na eleição do Conselho Municipal de Saúde de Itabirito para o biênio 2023/2025 e INDICAR dois representantes, na qualidade de delegado candidato à vaga no segmento de **Usuários**, conforme a Resolução CMSI n° 005.2023, para o qual apresenta anexa a documentação exigível.

|  |
| --- |
| Instituição: |
| Endereço: |
| N° e complemento: | Bairro: |
| E-mail: | Fone: |
| Representante legal da Instituição: |
| **REPRESENTANTES DA INSTITUIÇÃO PARA COMPOR O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** |
| Dados do Representante – Delegado candidato 1 |
| Nome: |
| Endereço: |
| N° e complemento: | Bairro: |
| Fone 1: | Fone 2: |
| E-mail: |
| RG: | CPF: |
| Dados do Representante – Delegado candidato 2 |
| Nome: |
| Endereço: |
| N° e complemento: | Bairro: |
| Fone 1: | Fone 2: |
| E-mail: |
| RG: | CPF: |

Nestes termos, solicita deferimento.

Itabirito/MG, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal