# 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