



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS/Campinas
Eleição CMAS TRIÊNIO 2020-2023

CADASTRAMENTO DO **ELEITOR**

SEGMENTO: **ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Instituição: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ FONE: _____

Nome do **ELEITOR** _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

FONE 1: () _____ FONE 2: () _____

E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____

Campinas, ____ de _____ de 20____

Assinatura do **ELEITOR**

Análise preliminar: deferido indeferido

Análise pós recurso: DEFERIDO INDEFERIDO



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS/Campinas
Eleição CMAS TRIÊNIO 2020-2023

COMPROVANTE DE CADASTRAMENTO DO **ELEITOR**

SEGMENTO: **ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

NOME DO **ELEITOR** _____

RG: _____

Assinatura do **ELEITOR**

Assinatura CMAS/Campinas

Campinas, ____ de _____ de 20____