



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

CADASTRAMENTO DO **ELEITOR**

SEGMENTO: **PROFISSIONAIS** ou **ÓRGÃOS DE CLASSE LIGADOS À ÁREA 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: **PROFISSIONAIS** ou **ÓRGÃOS DE CLASSE LIGADOS À ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

NOME DO ELEITOR _____

RG: _____

_____ Assinatura do **ELEITOR**

_____ Assinatura CMAS/Campinas

_____ Campinas, _____ de _____ de 20____