Paranaíta/MT, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021.

À Sr.ª

MARIANA CAMPAGNOLA FRANÇA BIAZÔTO

Presidente da Comissão Eleitoral do CMS

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Servidor(a) Efetivo(a) da Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta/MT, lotado no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com base nas prerrogativas estatutárias que me são conferidas, manifesto interesse em representar os Trabalhadores da Saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde de Paranaíta/MT, na Plenária de Eleição do CMS e informo meus dados cadastrais conforme ficha abaixo discriminadas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | |
| IDENTIDADE |  | | CPF |  | | |
| NATURALIDADE |  | | UF |  | | |
| ENDEREÇO RES |  | | | | | |
| BAIRRO |  | CIDADE | | |  | |
| CEP |  | ESTADO | | |  | |
| TELEFONE FIXO | ( ) | TEL. CELULAR | | | | ( ) |
| E-MAIL |  | | | | | |

Nestes Termos, Solicita Deferimento.

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

Assinatura