REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – ELEIÇÕES CES-RJ TRIÊNIO 2022/2025

**Conselheiros (as) de saúde, componentes de entidades e movimentos sociais**

**A/O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição nas eleições do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, para o triênio 2022/2025, na qualidade de:**

**( )** Usuário

**( )** Profissional de saúde

**( )** Gestor/prestador de serviço

**Nome completo:**

**Entidade a qual pertence:**

**Região de saúde:**

**Município:**

**Doc. de identidade:**

**CPF:**

**Data de nascimento:**

**Tem deficiência visual e/ou auditiva? Sim Não**

( ) ( )

**Telefone pessoal e institucional:**

**E-mail pessoal:**

**E-mail da instituição:**

**Endereço da instituição:**

**Nestes termos, pede deferimento.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2022.

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

**Nome do representante legal/Nome da entidade e ou movimento social**