

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
ELEIÇÕES DAS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL
CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER DE MARABÁ
BIÊNIO 2024/2025

DADOS DA ENTIDADE

Nome: _____

Data de fundação: ___/___/___ CNPJ n° _____

Endereço: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ TELEFONE () _____ - _____

E-mail: _____

DADOS DA REPRESENTANTE DA ENTIDADE (QUE PARTICIPARÁ DO FÓRUM ELEITORAL)

REPRESENTANTE TITULAR

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

E-MAIL: _____ TELEFONE () _____ - _____

Endereço: _____ CEP: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Escolaridade: _____

REPRESENTANTE SUPLENTE

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

E-MAIL: _____ TELEFONE () _____ - _____

Endereço: _____ CEP: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Escolaridade: _____

Obs.: Em anexo a este formulário, apresentar os documentos comprobatórios exigidos pelo Edital n° 001/2023, item 8.

Marabá/Pá _____ de _____ de 2023

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL