

**ANEXO I - REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO
PARA USUÁRIOS(AS) E TRABALHADORES(AS) (PESSOA FÍSICA)**

(Não é necessário papel timbrado)

PROCESSO ELEITORAL 11º MANDATO (2020/2022)

Senhora Presidente da Comissão Eleitoral do COMAS-SP,

Eu, (Nome) _____, portador(a) do
CPF nº _____, RG nº _____ venho **REQUERER** a Vossa
Senhoria, com base no Edital para o Processo de Eleição para o 11º Mandato do
Conselho Municipal de Assistência Social de São Paulo - COMAS-SP, publicado no DOC-
SP de ____/____/2019, a **HABILITAÇÃO COMO:**

☐ ELEITOR(A) **ou** ☐ CANDIDATO(A)-ELEITOR(A)

DO SEGUINTE SEGMENTO:

☐ Usuário(a) da Assistência Social; **ou**

☐ Trabalhador(a) da Assistência Social, especifique: ☐ Entidades ou Organizações; ou,
☐ SMADS/Servidores Públicos Municipais

INFORMAÇÕES:

Nome completo:		
Nome Social (quando for o caso):		Apelido:
Gênero autodeclarado: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro (especifique): _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		
Endereço referência no Município de São Paulo:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	DDD - Telefone:	DDD - Celular:
Nome da Entidade ou Organização:		CNPJ:
Função/Cargo do(a) Trabalhador(a):		
E-MAIL:		

Nome e Assinatura do Eleitor(a) ou Candidato-eleitor(a)

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL -

(Papel timbrado)

À Comissão Eleitoral do Processo de Eleição para o 11º Mandato do Conselho Municipal de Assistência Social de São Paulo - COMAS-SP

DECLARAÇÃO

Declaro ao Conselho Municipal de Assistência Social da Cidade de São Paulo (COMAS-SP), que o(a) Sr.(a) (Nome)....., portador(a) do RG nº....., CPF nº....., nascido(a) em, é atendido(a):

- () Serviço na área de Assistência Social devidamente inscrito no COMAS-SP sob o nº.....; ou,
() CRAS ou CREAS (identificar localidade); ou,
() Entidade e Organização de Assistência Social inscrita neste conselho sob nº

São Paulo-SP, de de 2020.

Assinatura do responsável pela informação do CRAS, CREAS, CENTRO POP ou
do representante legal da Entidade e Organização de Assistência Social
(Nome e qualificação de quem assina)

ANEXO III - REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO

(Organização de Usuários de Assistência Social, Movimentos Sociais de Defesa dos Usuários da Assistência Social, Fóruns dos Usuários da Assistência Social / Sindicatos, Conselhos Regionais, Associação de Trabalhadores(as) da Assistência Social / Fóruns de Trabalhadores da Assistência Social / Entidades e Organizações de Assistência Social)

(Papel timbrado)

PROCESSO ELEITORAL 11º MANDATO (2020/2022)

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO

Senhora Presidente da Comissão Eleitoral do COMAS-SP,

Eu, (Nome)....., representante legal da Instituição abaixo qualificada, portador(a) do CPF nº, RG nº venho **REQUERER** a Vossa Senhoria, com base no Edital para o Processo de Eleição para o 11º Mandato do Conselho Municipal de Assistência Social de São Paulo - COMAS-SP, publicado no DOC-SP de ____/____/2019, **HABILITAÇÃO COMO:**

() ELEITOR(A) ou () CANDIDATO-ELEITOR(A)

ASSINALAR O SEGMENTO ABAIXO:

- () Organização de Usuários da Assistência Social
() Movimentos Sociais de Defesa dos Usuários da Assistência Social
() Fóruns dos Usuários da Assistência Social
() Sindicatos, Conselhos Regionais e Associações de Trabalhadores da Assistência Social
() Fóruns de Trabalhadores da Assistência Social
() Entidades e Organizações de Assistência Social

INFORMAÇÕES

Nome (<i>Entidade, Fórum, Associação, etc.</i>):		
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	DDD - Telefone:	DDD - Celular:
E-MAIL:		CNPJ (*):

(*) Os Fóruns estão isentos de apresentar o CNPJ, uma vez que trata-se de Movimento popular sem característica de pessoa jurídica.

Assinatura do(a) Presidente ou seu Representante legal
(Nome e qualificação de quem assina)

ANEXO IV - MODELO DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

(Organização de Usuários de Assistência Social, Movimentos Sociais de Defesa dos Usuários da Assistência Social, Fóruns dos Usuários da Assistência Social / Sindicatos, Conselhos Regionais, Associação de Trabalhadores(as) da Assistência Social / Fóruns de Trabalhadores da Assistência Social / Entidades e Organizações de Assistência Social)

(*Papel timbrado*)

SUBSTABELECIMENTO DE PROCURAÇÃO CONDIÇÃO DE ELEITOR(A) OU CANDIDATO(A)-ELEITOR(A)

Outorgante: (*Nome da Organização de Usuários da Assistência Social / Entidades e Organizações de Assistência Social / Associações, Conselhos Regionais, Sindicatos e Organizações de Trabalhadores do Setor, etc... da Assistência Social*), inscrita no CNPJ/MF sob o nº....., estabelecida na (*endereço completo, bairro, município, etc*), neste ato representada na forma de seu estatuto social.

Outorgado: (*nome completo do candidato(a), incluir nome social ou apelido, se houver*), Nacionalidade, gênero autodeclarado, estado civil, profissão, portador da cédula de identidade RG nº, (*Órgão Emissor*), inscrito no CPF/MF sob nº.

Poderes: para representar a **Outorgante**, exclusivamente, perante o Conselho Municipal de Assistência Social de São Paulo - COMAS-SP, no Processo Eleitoral na Condição de () **ELEITOR(A) OU () CANDIDATO(A)-ELEITOR(A)** como Representante do Segmento () Organização de Usuários da Assistência Social, () Entidade e Organização de Assistência Social, () Organização de Trabalhadores da Assistência Social, () Associação de Trabalhadores da Assistência Social, Conselhos Regionais e Sindicatos de Assistência Social, () Movimento Social de Defesa dos Usuários da Assistência Social, conforme Edital para o Processo de Eleição para o 11º Mandato do COMAS-SP, publicado no DOC-SP de ____ / ____ / 2019, podendo, inclusive, assinar registro de presença, exercer o direito a voz e voto, apresentar manifestações, registrar ocorrências, enfim, podendo referido procurador praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. É vedado o subestabelecimento.

São Paulo-SP, dede 2020

Assinatura do(a) Presidente ou seu Representante legal - **com firma reconhecida**
(identificação e qualificação de quem assina)

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE REPRESENTATIVIDADE

(Organização de Usuários de Assistência Social, Movimentos Sociais de Defesa dos Usuários da Assistência Social, Fóruns dos Usuários da Assistência Social / Sindicatos, Conselhos Regionais, Associação de Trabalhadores(as) da Assistência Social / Fóruns de Trabalhadores da Assistência Social / Entidades e Organizações de Assistência Social)

(Papel timbrado)

DECLARO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a (nome da instituição)....., com sede (endereço), na cidade de(nome do Município), Estado (UF), inscrita no CNPJ nº, está em pleno e regular funcionamento, desde (data de fundação), cumprindo suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato de/...../..... a/...../.....;

Declaro ainda que o(a) (Preencher: Organização de Usuários de Assistência Social **ou** Movimentos Sociais de Defesa dos Usuários da Assistência Social **ou** Fóruns dos Usuários da Assistência Social **ou** Sindicatos, Conselhos Regionais, Associação de Trabalhadores(as) da Assistência Social **ou** Fóruns de Trabalhadores da Assistência Social **ou** Entidades e Organizações de Assistência Social)..... atua no segmento de

Presidente:

Nome completo:, Nº do RG:, Órgão Expedidor:,
Data Expedição/...../....., CPF:, data de nascimento/...../.....,
Profissão:, Endereço Residencial:
Cidade:, UF:, CEP:, E-mail:

São Paulo-SP, de de 2020

Assinatura do Presidente da Entidade ou representante legal
(Nome e qualificação de quem assina)