

CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social de Salto/SP

CRENCIAL PARA ELEIÇÃO DOS MEMBROS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL

Gestão 2018-2019

NOME: _____

D.N.: _____ PROFISSÃO: _____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE/CELULAR: _____

____/____/____

DATA DO CREDENCIAMENTO

ASSINATURA LEGÍVEL DO ELEITOR

ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL PELO SERVIÇO

COMISSÃO ELEITORAL:
