



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO ELEITORAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS

Entidade: _____

Responsável: _____

Quem irá votar no dia da Plenária dos Segmentos representando esta entidade?

Segmento que representa:

☐ Gestão e Prestadores de Serviços

☐ Trabalhadores da Saúde

☐ Usuários

QUESTIONÁRIO

1. Qual motivo ou qual a motivação possui sua Entidade, Movimento Social, Associação, em estar no Conselho Municipal de Saúde desta cidade e sua Entidade... Sabe da importância desta representação?

2. O que sua entidade, movimento social, espera do seu representante no conselho?

Alto Paraíso de Goiás, ____ de _____ de 2021.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
Para as organizações: Instituições, entidades e movimentos sociais. Deverão anexar, no ato da inscrição, os seguintes documentos: - Cópia da ata de fundação ou de ato legal, registrado em Cartório; - Cópia do estatuto e/ou regimento.
INSCRIÇÕES
As inscrições serão realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de 03/05 a 21/05/2021



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS

situada à Rua São João Operário, s/n - Paraisinho horário de funcionamento das 7:30 as 13:30 ou de forma eletrônica no e-mail: **smsaltoparaisodegoias@hotmail.com**.