

ANEXO I- REQUERIMENTO

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO E REGISTRO DE ATA

Ilustre Presidente da Comissão Eleitoral e demais membros, objetivando participar do processo eleitoral referente ao biênio 2017-2019 do Conselho de Secretárias Municipais de Saúde da Paraíba, SOLICITO a inscrição da CHAPA- _____, abaixo descrita, a fim de que se proceda o efetivo registro de acordo com o art. 4º c/c art. 8º do art. 14 do Regulamento das Eleições do COSEMS/PB para Biênio 2017/2019.

-DIRETORIA EXECUTIVA ESTADUAL-

PRESIDÊNCIA

- Presidente:

Telefone:

E-mail:

- Vice Presidente:

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE FINANÇAS

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

-REPRESENTANTES DE MACRORREGIONAL-

1ª MACRO- JOÃO PESSOA

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

2ª MACRO- CAMPINA GRANDE

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

3ª MACRO- PATOS

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

4ª MACRO-SOUSA

- TITULAR

Telefone:

E-mail:

- SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

-CONSELHO FISCAL-

- 1º MEMBRO TITULAR

Telefone :

E-mail:

- 1º MEMBRO SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

- 2º MEMBRO TITULAR

Telefone:

E-mail:

- 2º MEMBRO SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

- 3º MEMBRO TITULAR

Telefone:

E-mail:

- 3º MEMBRO SUPLENTE

Telefone:

E-mail:

ANEXO II- DECLARAÇÃO INDIVIDUAL

DECLARAÇÃO INDIVIDUAL
AUTORIZAÇÃO PARA INSCRIÇÃO E REGISTRO DE CANDIDATURA

Eu, _____, brasileiro, Secretário(a) Municipal de Saúde do Município de _____, portador(a) do RG sob o nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____ residente e domiciliado(a) _____, para participar do processo eleitoral do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba e concorrer ao biênio 2017/2019, AUTORIZO inscrição de meu nome na condição de candidato(a) da chapa _____, no cargo de _____.

João Pessoa ____ de _____ de _____.

CANDIDATO(A)