

ANEXO III
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – ELEIÇÃO PARA O
PREENCHIMENTO DE VAGÂNCIAS DO CES-RJ TRIÊNIO 2022/2025**

O Conselho Municipal de Saúde de _____, por meio de seu representante legal abaixo identificado e assinado, vem respeitosamente requerer a inscrição do CMS na eleição para o preenchimento de vaga da representação regional do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, para o triênio 2022/2025.

Conselho Municipal de Saúde:

Região de saúde:

Município:

Endereço do CMS:

Telefone pessoal e institucional:

() / ()

E-mail institucional:

Presidente do CMS:

Documento de identidade:

CPF:

Data de nascimento:

_____, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do Presidente do CMS