

**REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA ELEIÇÕES SINDICAIS
(SINFITO 2024-2027)**

PREZADO (A) PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO SINFITO-PI

Eu, _____, brasileiro (a), _____, regularmente filiado (a) ao Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Piauí – SINFITO/PI, portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, e no Crefito-14 sob o nº _____, venho, na qualidade de candidato à presidência da chapa cuja inscrição se pleiteia neste requerimento, requerer a inscrição de chapa para concorrer às eleições para diretoria do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Piauí – SINFITO/PI, para o triênio 2024/2027, sendo a composição da chapa cuja inscrição se pretende com o presente requerimento, a indicada abaixo.

Ainda, indico, na forma do art. 58, I, “I”, o e-mail para contato, com endereço eletrônico _____, e o telefone de contato deste representante, qual seja, o (____) _____-_____.

NOME DA CHAPA: _____

QUALIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS

MEMBROS DA DIRETORIA

1- PRESIDENTE:

NOME COMPLETO: _____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____/_____/_____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF (OU CNH): _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

2- VICE-PRESIDENTE:

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

3- PRIMEIRO(A) TESOUREIRO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

4- SEGUNDO(A) TESOUREIRO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

5-PRIMEIRO(A) SECRETÁRIO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

6- SEGUNDO(A)-SECRETÁRIO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

MEMBROS DO CONSELHO FISCAL

1- PRIMEIRO:

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

MEMBROS SUPLENTE

1- PRIMEIRO :

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

2-SEGUNDO:

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ / _____ / _____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

3-TERCEIRO:

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ / _____ / _____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

ASSINATURA DO(A) PRESIDENTE DA CHAPA

Teresina, _____ de _____ de 2024.

PARA USO DA COMISSÃO ELEITORAL DO SINFITO-PI

RECIBO DE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA ELEIÇÕES (2021-2024)

NOME DA CHAPA:

NÚMERO DA CHAPA:

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA COMISSÃO ELEITORAL