

Dados da Assembléia para Eleição de Delegados e Delegadas ao ____ CECUT/ ____ e 10º
CONCUT

Identificação da Entidade		(com mais de 750 sócios-quires+aposentados.)	
Nome do Sindicato:			
Endereço:		N.º	Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone: Fax:
E-mail:		Número de Sócios Quites inclusive Aposentados:	
Sobre a Eleição dos Delegados e Delegadas			
1. Número de Trabalhadores presentes na Assembléia:			
2. Número de Chapas Inscritas:			
3. Resultado da Votação: (descrever chapas)			
Número de Delegados/as ao ____ Congresso Estadual da CUT/ _____			
Número de Suplentes ao ____ Congresso Estadual da CUT _____			
Número de Delegados/as ao 10º Congresso Nacional da CUT			
Número de Suplentes ao 10º congresso Nacional da CUT			
Observações:			
Sobre o Acompanhamento da Assembléia			
Nome do Representante da entidade:		Assinatura:	
Representante da CUT Estadual / _____:		Assinatura:	
Coordenador/a Adjunto/a:		Assinatura:	
Local:.	Data:	Hora:	

***Anexar lista de presença da assembléia**

Lista de presença da Assembléia para Eleição de Delegados e Delegadas

ao ____ CECUT/____ e ao 10ºCONCUT.

(entidades com mais de 750 sócios-quitês +aposentados.)

1. Nome do Sindicato:

.....

2. Cidade 3. Estado

4. Nº total de votantes:

5. Observação:

.....

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

* se necessário reproduzir esta página.

FICHA DE INSCRIÇÃO DOS DELEGADOS /AS AO ___ CECUT/ ___ E 10º CONCURTO.

(entidades com mais de 750 sócios - quites + aposentados.)

Estado:		Data do ___ CECUT/___: de à /2009.			
Nome da Entidade:					
Endereço:				Bairro:	
Cidade:		Estado:	CEP:	Telefone:	
Fax:	E-mail:			Nº de sócios - quites + aposentados:	
Total de Delegados/as ao 10º CONCURTO:		Total de delegados/as ao ___ CECUT:		Percentual obtido pela chapa:	
Nº de delegados/as da chapa para o 10º CONCURTO:			Nº de delegados/as da chapa para o ___ CECUT/___:		
Nome da chapa:				Número da chapa:	
Data		Local:			
Coordenador/a Adjunto/a:			Assinatura:		
Representante da CUT Estadual na Assembléia:			Assinatura:		

Relação Nominal dos Delegados/as Eleitos/as ao _____ CECUT do _____

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Suplentes Eleitos para o _____ CECUT do _____

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Relação Nominal dos Delegados/as Eleitos/as ao 10º CONCUT

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do/a Delegado/a:		Nº:
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto):	
Correio Eletrônico		
Se Pessoa com Deficiência, qual: 1.() Física 2.() Visual () Total () Parcial 3.() Auditiva () Total () Parcial 4.() Mental 5.() Múltipla		
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Nome do Delegado/a Efetivo/a:	
Substituído/a pelo/a Suplente:	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto) do(a) suplente:
Correio Eletrônico	
Se Pessoa com Deficiência, qual:	
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Nome do Delegado/a Efetivo/a:	
Substituído/a pelo/a Suplente:	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto) do(a) suplente:
Correio Eletrônico	
Se Pessoa com Deficiência, qual:	
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Nome do Delegado/a Efetivo/a:	
Substituído/a pelo/a Suplente:	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento de Identificação (RG ou qualquer um com foto) do(a) suplente:
Correio Eletrônico	
Se Pessoa com Deficiência, qual:	
Você representa a CUT em conselho ou comissão de políticas públicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

