**FICHA DE INSCRIÇÃO DE CHAPA**

**- PROCESSO ELEITORAL 2018/2019 -**

Para concorrer ao Processo Eleitoral 2018/2019, que elegerá novos membros para os Conselhos Deliberativo e Fiscal do SEBRAE PREVIDÊNCIA – Instituto SEBRAE de Seguridade Social, com base no artigo 10 do Regimento Eleitoral da Entidade, **solicitamos** a inscrição da Chapa abaixo especificada:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Chapa** |  |
| **Representante da Chapa[[1]](#footnote-1)** | **Nome:**  **e-mail:** |
| **Caso o Representante de Chapa não seja um dos Candidatos** | **Endereço Completo:**  **Telefone: ( ) Celular: ( )** |
| **COMPONENTES QUE CONCORRERÃO AO CONSELHO DELIBERATIVO** | |
| **Titular** | **Suplente** |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| **COMPONENTES QUE CONCORRERÃO AO CONSELHO FISCAL** | |
| **Titular** | **Suplente** |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

**IMPORTANTE: DEVEM SER ANEXADOS À PRESENTE FICHA DE INSCRIÇÃO:**

1. ***Curriculum Vitae* com foto de cada um dos Candidatos, acompanhado de cópia dos eventuais certificados de conclusão de curso de nível superior e/ou de especialização;**
2. **Duas Declarações para cada Candidato, cujos modelos estão disponibilizados no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA (www.sebraeprevidencia.com.br).**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOS COMPONENTES[[2]](#footnote-2) DA CHAPA**

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Titular nº 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Suplente nº 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Titular nº 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Suplente nº 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Titular nº 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Suplente nº 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Titular nº 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO DELIBERATIVO:* Suplente nº 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO FISCAL:* Titular nº 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO FISCAL:* Suplente nº 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO FISCAL:* Titular nº 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

**- *CONSELHO FISCAL:* Suplente nº 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do Candidato |  |
| Apelido ou nome pelo qual o Candidato é mais conhecido |  |
| Situação perante o Plano | Participante ( ) Assistido ( ) |
| Lotação, caso o Candidato seja empregado ou dirigente de Patrocinador |  |
| Endereço residencial completo  (incluindo Bairro, Cidade, Estado e CEP) |  |
| DDD e telefone de contato |  |
| Autorização | Autorizo a divulgação destas informações e de minha fotografia no site de internet do SEBRAE PREVIDÊNCIA. |
| Assinatura do Candidato |  |

1. **O representante de chapa poderá ser ou não componente da mesma.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **PELO MENOS 1 (UM) CANDIDATO A MEMBRO TITULAR E RESPECTIVO SUPLENTE DEVEM SER PARTICIPANTES ASSISTIDOS (APOSENTADOS) DE PLANO DE BENEFÍCIOS ADMINISTRADO PELO SEBRAE PREVIDÊNCIA.** [↑](#footnote-ref-2)