

**Relação Nominal dos Suplentes (as) ao IX Congresso Nacional da CNTSS/CUT**

Nome da Entidade:	
Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:
Nº da Chapa:	Nome da Chapa:

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria: (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Se necessário, reproduzir esta página.**Rua Caetano Pinto, 575, 1º. andar – CEP – 03041-000 – Brás – São Paulo – SP****Tel.: (11) 2108.9156/9253 – Fax: (11) 3208.4950 – diretoria@cntsscut.org.br/secgeral@cntsscut.org.br – www.cntsscut.org.br**

Relação Nominal dos Suplentes ao IX Congresso Nacional da CNTSS/CUT

Página Nº

Nome da Entidade:	
Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:
Nº da Chapa:	Nome da Chapa:

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Se necessário, reproduzir esta página.

Rua Caetano Pinto, 575, 1º. andar – CEP – 03041-000 – Brás – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2108.9156/9253 – Fax: (11) 3208.4950 – diretoria@cntsscut.org.br/secgeral@cntsscut.org.br – www.cntsscut.org.br



Relação Nominal dos Suplentes ao IX Congresso Nacional da CNTSS/CUT

Nome da Entidade:	
Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:
Nº da Chapa:	Nome da Chapa:

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Nome do(a) Suplente:		Nº:
Sexo ☐ M ☐ F	Número CPF:	
Data de nascimento: ____/____/____ idade: ____		
Setor/categoria: (Público Estadual/Público Federal/Saúde Privada/Categorias/Agentes Comunitários de Saúde/Agentes de Endemias):		
Endereço residencial:		
Telefone residencial/celular:		
E-mail pessoal:		

Se necessário, reproduzir esta página.

Rua Caetano Pinto, 575, 1º. andar – CEP – 03041-000 – Brás – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2108.9156/9253 – Fax: (11) 3208.4950 – diretoria@cntsscut.org.br / secgeral@cntsscut.org.br – www.cntsscut.org.br