



ANEXO II

Requerimento de Inscrição

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de

A entidade abaixo qualificada, com atuação também neste município, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais abaixo descritos, nesse Conselho.

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade

CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____

Endereço _____

Bairro _____

Município _____ UF _____ CEP _____ Tel. _____

E-mail _____

A entidade está inscrita no Conselho Municipal de _____, sob o número _____, desde ____/____/____.

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos)

B - Dados do Representante Legal:

Nome _____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____



PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Conselho Municipal de Assistência Social - COMAS

Município _____ UF ____ CEP _____

Tel. _____

Celular: _____ E-mail _____

RG _____ CPF _____ Data nasc. ____/____/____

Escolaridade _____

Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais

Termos em que,

Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade

(PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE)