Ao(A) Senhor(a)

Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Pato Branco/PR

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição neste Conselho na condição de Escolher um item.

1. **DADOS UNIDADE EXECUTORA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da entidade: | | | | | |
| CNPJ: | | | | Data de inscrição no CNPJ: | |
| Endereço: | | | | | (DDD) Telefone/Fax: |
| Cidade: | UF: | CEP: | E-mail Institucional: | | |
| Código da Atividade Econômica Principal da Entidade: | | | | | |
| Código da Atividade Econômica Secundária da Entidade: | | | | | |
| Inscrições que a OSC possui:  Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDDCA  Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CMDI  Outros. Especificar: | | | | | |
| Utilidade Pública Municipal Sim (nº):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não  Utilidade Pública Estadual Sim (nº):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não | | | | | |
| Supervisão de Assistência Social – SAS de referência: | | | | | |

1. **SÍNTESE DOS PROGRAMAS, PROJETOS SERVIÇOS E BENEFICIOS SOCIOASSISTENCIAIS QUE A OSC DESENVOLVE NO MUNICÍPIO** *(descrever todos)*

|  |
| --- |
|  |

**3. RELAÇÃO DE TODOS OS ESTABELECIMENTOS DA ENTIDADE, CASO TIVER (MATRIZ/FILIAL – CNPJ, ENDEREÇO COMPLETO, NOME DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS EXECUTADOS NESTE ENDEREÇO):**

|  |
| --- |
|  |

**4. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do responsável pela Unidade*:*** *(presidente ou diretor)* | | | | |
| **CPF:** | | | **Data de Nascimento:** | |
| **R.G:** | **Órgão expedidor:** | ***E-mail* do responsável:** | | |
| **Endereço completo:** | | **CEP** | | **Telefone do Responsável:** |
| **Escolaridade:** | | **Período do Mandato:** | | |
| Termos em que,  Pede deferimento.  Pato Branco/PR\_\_\_(dia) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mês) de (ano).  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do Representante Legal da Entidade** | | | | |