

Anexo I – Calendário Eleitoral

ATIVIDADES	DATAS
Inscrição	05/10/2020 a 09/10/2020
Divulgação dos candidatos	15/10
Pedido de Impugnação	16/10/2020 e 19/10/2020
Análise de pedidos	20/10/2020 e 21/10/2020
Divulgação dos candidatos homologados	21/10/2020
Campanha	22/10/2020 a 08/12/2020
Votação	09/12, 10/12 e 11/12/2020
Apuração	11/12/2020 Após às 17h de Brasília
Divulgação do Resultado	14/12/2020

COMISSÃO ELEITORAL ASFOC-SN 2020

Simone Auxiliadora Borges Oliveira
Igor Falce Dias de Lima
Fernanda Savicki de Almeida
Gilberto da Silva Braga
Rubens Rodrigues Barrozo

Em caso de dúvidas contatar pelo e-mail: comissaoeleitoral@asfoc.fiocruz.br

Anexo II – Ficha de Inscrição Diretoria Executiva

FICHA DE INSCRIÇÃO - DIRETORIA EXECUTIVA NACIONAL DO SINDICATO DOS SERVIDORES DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (ASFOC-SN) - TRIÊNIO 2021-2023

NOME DA CHAPA: _____

COMPOSIÇÃO	MAT. SIAPE	LOTAÇÃO	ASSINATURA
(1) Presidente			
(2) Vice-presidente			
(3) Diretor(a) Secretário(a) Geral			
(4) Diretor(a) de Administração e Finanças			
(5) Diretor(a) de Comunicação			
(6) Diretor(a) de Legislação e Assuntos Jurídicos			
(7) Diretor(a) Social e de Cultura			
(8) Diretor(a) de Esporte			
(9) Diretor(a) de Articulação Regional			

COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS SUPLENTE

SUPLENTE	MAT. SIAPE	LOTAÇÃO	ASSINATURA
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

REPRESENTANTE DA CHAPA: _____

Assinatura

Obs.: Além do preenchimento dos dados desta ficha de inscrição, anexar cópias escaneadas do RG, CPF e comprovante de residência e foto atualizada em JPEG de cada de cada integrante da chapa.

QUALIFICAÇÃO COMPONENTES DA CHAPA

Presidente:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Vice-presidente:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) Secretário(a) Geral:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) de Administração e Finanças:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: __/__/__.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) de Comunicação:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: __/__/__.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) de Legislação e Assuntos Jurídicos:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: __/__/__.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) Social e de Cultura:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) de Esportes:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Diretor(a) de Articulação Regional:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 1:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 2:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 3:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 4:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 5:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Anexo III – Ficha de Inscrição Representações Regionais

FICHA DE INSCRIÇÃO - REPRESENTAÇÕES REGIONAIS DO SINDICATO DOS SERVIDORES DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (ASFOC-SN) - TRIÊNIO 2021-2023

NOME DA CHAPA: _____

COMPOSIÇÃO	MAT. SIAPE	LOTAÇÃO	ASSINATURA
(1) Coordenador(a) Geral			
(2) Coordenador(a) de Administração e Finanças			
(3) Coordenador(a) de Atividades Associativas			

COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS SUPLENTE

SUPLENTE	MAT. SIAPE	LOTAÇÃO	ASSINATURA
1)			
2)			
3)			

REPRESENTANTE DA CHAPA: _____

Assinatura

Obs.: Além do preenchimento dos dados desta ficha de inscrição, anexar cópias escaneadas do RG, CPF e comprovante de residência e foto atualizada em JPEG de cada de cada integrante da chapa.

QUALIFICAÇÃO COMPONENTES DA CHAPA _____

Coordenador(a) Geral:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Coordenador(a) de Administração e Finanças:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Coordenador(a) de Atividades Associativas:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 1:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 2:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

SUPLENTE 3:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: ___/___/___.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

Anexo IV – Ficha de Inscrição Conselho Fiscal

FICHA DE INSCRIÇÃO - CONSELHO FISCAL DO SINDICATO DOS SERVIDORES DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (ASFOC-SN) - TRIÊNIO 2021-2023

NOME COMPLETO CANDIDATO: _____

MATRÍCULA SIAPE: _____

LOTAÇÃO (UNIDADE): _____

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ ORG..EXP: _____

Data Exp.: __/__/__.

PIS: _____

FORMAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL: _____ UF: _____

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP - _____

TELEFONES DE CONTATO: _____

e-mail: _____

BREVE PERFIL (ATÉ 5 LINHAS):

Assinatura

Anexo VI – Urnas para a votação virtual on line

Urna	Unidades, Escritórios e Presidência
1	Bio-Manguinhos
2	Farmanguinhos
3	ENSP
4	EPSJV
5	IFF
6	INI
7	ICICT
8	INCQS
9	ICTB
10	IOC
11	COC
12	Presidência**
13	GEREB
14	Fiocruz Paraná
15	Fiocruz Minas
16	Fiocruz Amazônia
17	Fiocruz Bahia
18	Fiocruz Ceará
19	Fiocruz Rondônia
20	Fiocruz Pernambuco
21	Fiocruz Mato Grosso do Sul

*Inclui COGEPE, COGEAD, COGETIC, COGIC, COGEPLAN, CQUALI e escritório do Piauí.