

Anexo I – Calendário Eleitoral

ATIVIDADES	DATAS
Inscrição	05/10/2023 a 13/10/2023 (Das 8h00 do dia 05/10 até as 17h dia 13/10 horário de Brasília.
Divulgação dos candidatos	18/10/2023
Impugnação	19/10/2023 e 20/10/2023
Divulgação dos candidatos	23/10/2023
Campanha	24/10/2023 a 27/11/2023
Votação	28/11, 29/11 e 30/11/2023 (Das 8h00 do dia 28/11 até as 17h dia 30/11 – horário de Brasília)
Apuração	30/11/2023 Após às 17h de Brasília
Divulgação do Resultado	01/12/2023

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 2024-2026

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)			

Declaro que estamos cientes e de acordo com o estatuto e regulamento eleitoral da ASFOC/SN.

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 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 2024-2026**

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)			

Declaro que estamos cientes e de acordo com o estatuto e regulamento eleitoral da ASFOC/SN.

REPRESENTANTE DA CHAPA: _____

Assinatura

Obs.: Além do preenchimento dos dados desta ficha de inscrição, anexar cópia escaneadas do crachá 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 2024-2026**

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 *online*

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
22	Sede ASFOC

*Presidência – Inclui a COGEPE, COGEAD, COGETIC, COGIC, COGEPLAN, CQUALI e escritório do Piauí. As demais instâncias da Presidência sem destaque e não citadas em separado na listagem acima também estão contempladas na urna 12 referente a esta unidade.