



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

CONSELHO MUNICIPAL DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS – COMUSP

SEGUIMENTO DE REPRESENTAÇÃO:

SAÚDE
URBANISMO

FINANÇAS
SEGURANÇA PÚBLICA

ASSISTÊNCIA SOCIAL

NOME: _____
RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO: _____
CPF: _____ DATA NASC: ____/____/____ NATURAL DE: _____
ENDEREÇO: _____
COMPL: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____
TELEFONE: (____) _____ - _____ CELULAR: (____) _____ - _____
E-MAIL : _____
OCUPAÇÃO: _____

DECLARAÇÕES:

Declaro, sob as penas da lei:

não estar condenado penalmente nem incurso em nenhuma das hipóteses de inelegibilidade previstas na Lei Complementar Federal nº 64/90, com a redação dada pela Lei Complementar Federal nº 135/10 (Lei da ficha limpa).

não ser agente público integrante da administração direta ou indireta do Poder Executivo ou Legislativo, na esfera municipal, bem como não possuir vínculo de qualquer natureza com concessionária de serviços públicos, exceto o vínculo existente exclusivamente na condição de usuário.

possuir 18 (dezoito) anos completos ou mais, e ser residente e domiciliado na Cidade de Campinas – SP.

que cumpro as condições e regras estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº _____, que também se encontra disponível no Portal do Município, no endereço: <https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/gestao-e-controle/pagina/conselho-municipal-de-usuarios-dosservicos-publicos-comusp>.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO CANDIDATO
(Conforme documento de identidade)