

A APP DEFENDE VOCÊ



FAÇA PARTE DA COMISSÃO
SINDICAL ESCOLAR



ATA DA ELEIÇÃO DA COMISSÃO SINDICAL ESCOLAR ANO 2023

Aos ____ dias do mês de _____ de 2023, nós abaixo assinados, professores(as) e funcionários(as) da Escola/Colégio _____ Município/Distrito _____ situado à rua _____ nº _____, bairro _____, telefone(____) _____, e-mail _____ elegemos como nossos(as) representantes junto a APP-Sindicato, Núcleo Sindical de _____, os(as) seguintes educadores(as):

TITULARES:

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

SUPLENTE:

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

Nome: _____

RG: _____ Fone: (____) _____ E-mail: _____

Turno () Professor(a) () Funcionário(a) ()

ASSINATURA DOS(AS) PRESENTES:

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____

SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____ FONE: () _____
SINDICALIZADO(A): () SIM () NÃO ASSINATURA: _____

Nome do responsável pelo preenchimento da Ata: _____
Após o preenchimento da ata, **encaminhar ao núcleo sindical da APP-Sindicato da sua região** ou por e-mail para **organização@app.com.br**.