

QUEM MELHOR CUIDA DO SEU DIREITO É A APP.

FAÇA PARTE DA COMISSÃO SINDICAL ESCOLAR.



A APP somos todos(as) nós! Participe e faça a diferença!

ATA DA ELEIÇÃO DA COMISSÃO SINDICAL ESCOLAR ANO 2019

Aos ____ dias do mês de _____ de 2019, nós abaixo assinados, professores(as) e funcionários(as) da Escola/Colégio _____ Município/Distrito _____ situado à rua _____ nº _____, bairro _____, fone/fax(____) _____, 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: _____

[illegible]

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**.



Depois de eleita a Comissão Sindical Escolar, acesse o link **<https://goo.gl/XqwkaP>** ou o QR Code ao lado para cadastrar os(as) representantes de sua escola.

