

TIMBRE DO ÓRGÃO GESTOR OU DA ENTIDADE

Anexo II

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO

Representantes de Organização de Usuários

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outras denominações de representação de usuário/trabalhador da política de assistência social) _____, com sede _____ (endereço) _____, na cidade de Franca/SP, exerce suas atividades de assistência social cumprindo regularmente as suas finalidades há mais de dois anos, desde (data de início das atividades) ____/____/____, sendo seus representantes legitimados, com fundamento nas definições da Resolução CMAS nº 09/2017 e documentos constitutivos ou relatório de reunião, pelo período de mandato de ____/____/____ à ____/____/____ composto pelos seguintes membros:

Representante 1:

Nome completo: _____

N.º do RG: _____, Órgão expedidor: _____,

CPF: _____

Endereço Residencial _____

Representante 2:

Nome completo: _____

N.º do RG: _____, Órgão expedidor: _____,

CPF: _____

Endereço Residencial _____

Representante 3:

Nome completo: _____

N.º do RG: _____, Órgão expedidor: _____,

CPF: _____

Endereço Residencial _____

Assinatura do (a) Representante legal do Órgão Gestor da Assistência Social ou da Entidade ou
Organizações de Assistência Social
(Identificação de quem assina e qualificação)