MODELO DE MOÇÃO 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

MOÇÃO DE _____

Nº _____/2023 **(a ser preenchido pela organização da 9ª CMSdePOA)**

Atenção: entregar a moção com 100 assinaturas de participantes até o fim dos trabalhos do dia 24.03.23, na Factum, para a comissão organizadora da 9ª CMSdePOA.

À Plenária da Conferência:

( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Nacional

Considerando:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por isso apresentamos a presente Moção de _____, com as 100 assinaturas de acordo com o regimento em relação em anexo.

NOME RESPONSÁVEL:
_____
CPF: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
EMAIL: _____

MOÇÃO DE _____

NOME	CPF	ASSINATURA