**FORMULÁRIO CADASTRAL PARA ELEIÇÃO**

|  |
| --- |
| **Identificação da Cooperativa**  |
| **Denominação:** | Cooperativa de Crédito Centro Leste Norte Maranhense - Sicoob Centroleste |
| **Órgão Estatutário:** | **DELEGADO** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Candidato** |
| **Nome Completo:** |  |
| **Data de Nascimento:** |  | **CPF:** |  |
| **RG:** |  | **Órgão Expedidor:** |  |
| **Data de Expedição:** |  |
| **CNH:** |  | **Órgão Expedidor:** |  |
| **Data de Expedição:** |  |
| **Naturalidade:** |  | **Sexo:** | [ ]  Feminino |
| **Nacionalidade:** |  | [ ]  Masculino |
| **Nome Completo da Mãe:** |  |
| **Nome Completo do Pai:** |  |
| **Estado Civil:** | [ ]  Solteiro(a)  | **Caso seja casado, qual o regime?** | [ ]  Separação de bens |
| [ ]  Casado(a)  | [ ]  Parcial de bens |
| [ ]  Viúvo(a)  | [ ]  Universal de bens |
| **Nome Completo do Cônjuge:** |  |

|  |
| --- |
| **Endereço / Contatos do Candidato** |
| **Endereço:** |  | **Número:** |  |
| **Bairro:** |  | **Município:** |  |
| **Estado:** |  | **País:** |  |
| **Complemento:** |  | **Cep:** |  |
| **Fone Residencial/ Comercial:** |  | **Fone Celular:** |  |
| **E-mail** |  |

|  |
| --- |
| **Status Acadêmico do Candidato** |
| **Formação Acadêmica** | [ ]  Médio Incompleto | [ ]  Técnico Completo | [ ]  Pós-Graduado Incompleto |
| [ ]  Médio Completo | [ ]  Superior Incompleto | [ ]  Pós-Graduado Completo |
| [ ]  Técnico Incompleto | [ ]  Superior Completo |  |
| **Curso de Formação:** |  |
| **Profissão:** |  |

|  |
| --- |
| **Declarações e Autorizações** |
| **X** | Declaro preencher as condições e requisitos estabelecidos na regulamentação em vigor para o exercício do cargo. |
| **X** | Declaro ser associado da Cooperativa Sicoob Ceará a qual pretendo ocupar cargo eletivo. |
| **X** | Declaro não participar da administração, do Conselho Fiscal ou de qualquer outro órgão estatutário de empresa cujos títulos ou valores mobiliários sejam negociados em bolsas de valores. |
| **X** | Declaro assumir integral responsabilidade pela fidelidade das declarações ora prestadas, ficando, desde já, a Cooperativa autorizada, dentro dos limites legais, a fazer uso das informações. |
| **X** | Declaro assumir e exercer o mandato do cargo para o qual for eleito. |
| **X** | Autorizo a Cooperativa Singular, a Cooperativa Central a que esteja associada, bem como o banco Cooperativo do Brasil S.A – Bancoob, a consultar minhas informações junto aos seguintes órgãos: SERASA, SPC, BANCO CENTRAL e outros similares, para obtenção de informações que comprovem minha situação cadastral no Sistema Financeiro Nacional – SFN. |
| **X** | Declaro fornecer de forma consciente e voluntária os dados pessoais preenchidos no presente formulário cadastral. |
| **X** | Autorizo a Cooperativa Singular e a Cooperativa Central a que esteja associada, a coletar, tratar e armazenar meus dados pessoais preenchidos no presente formulário, em observância a Lei nº 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, para a finalidade específica de participação no processo eleitoral para o cargo eletivo de Delegado da Cooperativa de Credito Mutuo – Sicoob Ceará, bem como para cumprimento das exigências legais correspondentes, observando as etapas previstas no Estatuto Social.  |
| **X** | Autorizo a Cooperativa Singular e a Cooperativa Central a que esteja associada, a manter meus dados pessoais durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas no item anterior ou em razão de obrigação legal, e que caso não seja eleito para o cargo eletivo correspondente, a Cooperativa Singular e a Cooperativa Central deverão eliminar meus dados pessoais coletados, em conformidade com a Lei nº 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Registro ciência de que a qualquer momento durante o processo eleitoral poderei solicitar que sejam eliminados meus dados pessoais por meio do e-mail comissaoparitaria.3357@gmail.com, ciente de que será inviável a minha continuidade no processo eleitoral no caso de solicitação para eliminação dos dados pessoais ou de pedido de revogação do consentimento para o tratamento. |

 Cidade/UF, (dia) de (mês) de 2022

|  |
| --- |
| **Nome****Cargo** |