**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO**

(Para Representante 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 da política de assistência social**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede (endereço) na cidade de Macapá, Estado do Amapá, exerce suas atividades de assistência social cumprindo regularmente as suas finalidades, desde (data de início das atividades) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo seus representantes legitimados, com fundamento nas definições da Resolução CNAS nº 11, de 23 de setembro de 2015 e documentos constitutivos ou relatório de reunião, pelo período de mandato de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, composto pelos seguintes membros:

**Coordenação do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outra denominação de representação de Usuário.** (Escrever o nome da organização)

***Representante 1:***

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Órgão expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função/Atividade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Representante 2:***

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Órgão expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função/Atividade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Representante 3:***

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Órgão expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função/Atividade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Macapá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 2018.

(identificação e qualificação de quem assina)

Pode ser Assinatura do (a) do órgão gestor da assistência social de âmbito municipal, estadual ou coordenador de CRAS, CREAS, CentroPop.