



Subscrições ao projeto de lei de Iniciativa popular elaborado pela **Coalizão pela Reforma Política Democrática e Eleições Limpas** que objetiva afastar das eleições o abuso de poder econômico, racionalizar o sistema eleitoral, promover a inclusão política das mulheres e demais grupos sub-representados e favorecer o uso dos mecanismos da democracia direta.

Coalizão pela Reforma Política Democrática e Eleições Limpas: CNBB, OAB, MCCE, Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma do Sistema Político, Frente Parlamentar pela Reforma Política com Participação Popular, CUT, CONIC, UNE, UBES, CONTAG, CNLB, Movimento Nacional Contra Corrupção e pela Democracia, UNASUS, IDES, CRISCOR, MST, ABRAMPPE, CONFEA, IUMA, Instituto Atuação, Aliança Cristã Evangélica Brasileira, CJP/DF, FENAJ, POM, Visão Mundial, Escola de Fé e Política/Campina Grande, CFF, CFESS, Cáritas Brasileira, MPA Brasil, SINPRO/ DF, CTB/DF, ASBRALE/DF, Igreja Batista Coqueiral/Recife, Instituto Solidare/PE, SUAS, Aliança Evangélica, CBJP, 5ª Semana Social Brasileira/ CNBB, Via Campesina, MMC, IBDCAP, CSEM, CNTE.

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		

NOME (Por extenso e sem abreviar)				DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE (Por extenso e sem abreviar)				ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL	
Nº TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	MUNICÍPIO/UF ONDE VOTA		



IMPORTANTE

- 1) Encaminhe o formulário preenchido para o MCCE. Endereço: SAS, Quadra 05, Lote 2, Bloco N, 1º andar - Brasília-DF - CEP: 70.070-913.
- 2) A íntegra do PL está disponível no site www.eleicoeslimpas.org.br.
- 3) Assine este formulário ou assine eletronicamente pelo site www.eleicoeslimpas.org.br.