Formulário de coleta de assinaturas para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular elaborado pela **Coalizão pela Reforma Política Democrática e Eleições Limpas** que busca afastar das eleições o financiamento de empresas, melhorar o sistema eleitoral, promover a inclusão política das mulheres, dos grupos sub-representados e aperfeiçoar a democracia direta.

A Coalizão é formada pela **CNBB**, **OAB**, **MCCE** (autores do Ficha Limpa), **Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma do Sistema Político** e mais 98 entidades importantes da sociedade civil.

NOME (Por extenso e sem abreviar)			DATA DE NASCIMENTO DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 DO ASSINANTE / /
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 endereço: SAS, Quadra 05, Lote 2, Bloco N, 1º andar - Brasília/DF - CEP: 70.070-913

2) A íntegra deste projeto está registrado em cartório e disponível no site www.reformapoliticademocratica.org.br