



## ANEXO I

### FICHA DE INSCRIÇÃO PARA MEMBRO DO CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome Completo (sem abreviações): \_\_\_\_\_

#### REPRESENTAÇÃO:

- I- ( ) representantes de entidades prestadoras de serviço de assistência de movimentos de inclusão social da pessoa com deficiência e/ou com mobilidade reduzida;
- II- ( ) representantes de prestadores de serviço e trabalhadores na área de pessoa com deficiência e/ou com mobilidade reduzida;
- III- ( ) representantes das pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida.

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Expedição: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nº de Registro Profissional: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Institucional: \_\_\_\_\_ Residencial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail institucional: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Apresentar Declaração conforme item 2 do edital.

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_