



ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO

ELEIÇÃO DE REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL PARA O CONSELHO MUNICIPAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS DE ARARAS.

Nome completo / Razão Social: _____

Nome social (se houver): _____

Representa: () Entidade () Cidadão(ã) individual

Categoria da vaga pleiteada: () Grupos que Desenvolvam Atividades de Prevenção ou de Recuperação de Dependência Química () Instituição Religiosa () Instituição de Ensino Superior () OAB () Usuário dos Serviços () Instituição de Tratamento de Dependência Química

CPF / CNPJ: _____

RG / Órgão Emissor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

Em caso de entidade:

Nome da entidade: _____

CNPJ: _____

Representante legal: _____

Cargo/Função: _____

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que estou ciente das normas do Edital de Convocação para a eleição dos representantes da Sociedade Civil no CMPPD.

Araras, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) candidato(a) / representante legal