**FICHA DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **TITULAR** |
| **Nome do Representante:** **Carteira de Identidade:** **CPF**:**Endereço completo:****CEP:** **Fone**: **Email:** **Portador de Deficiência:** ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SUPLENTE** |
| **Nome do Representante Titular:** **Carteira de Identidade:** **CPF**:**Endereço completo:****CEP:** **Fone**: **Email:** **Portador de Deficiência:** ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |