**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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |