**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO PROCESSO DE ESCOLHA PARA MEMBROS DO CONSELHO TUTELAR DE ARIPUANÃ/MT – Quadriênio 2020/2024.**

Requerimento de Inscrição nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RG nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/.

Data de Nasc.:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: [ ] Masculino e [ ] Feminino

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município: Aripuanã/MT

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portador de Necessidades Especiais: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro conhecer o Edital nº 001/2019 - Processo de Escolha para Membros do Conselho Tutelar de Aripuanã/MT.

Aripuanã/MT, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_