

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulário para Inscrição para Candidatos a Delegados Municipais** | | | | | | | | | | | | |
| **Titular** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | Órgão expedidor: | | | | | | | | Data de nascimento: | |
| CPF: | | | Tel. Comercial: | | | | | | | | Tel. Celular: | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | |
| Número: | | Complemento: | | | | | | | | | Bairro: | |
| Cidade: | | | | | | | | | | | UF: | CEP: |
| E-mail: | | | | | | | | Sexo:  feminino masculino | | | | |
| Entidade que Representa: | | | | | | | | | | | | Sigla: |
| Segmento: | | | | | | | | | | | | |
| Poder Legislativo Estadual | | | | | | Movimentos Sociais e Populares | | | | | | |
| Poder Executivo Estadual | | | | | | Entidades de Trabalhadores | | | | | | |
| Poder Legislativo Municipal | | | | | | Entidades Empresariais | | | | | | |
| Poder Executivo Municipal | | | | | | Entidades Profissionais, Acadêmicas e de Pesquisa | | | | | | |
| Organizações Não Governamentais | | | | | |  | | | | | | |
| Pessoa com Deficiência e/ou Mobilidade Reduzida:  Sim  Não | | | | | | | Necessita de algum atendimento especial:  Sim  Não | | | | | |
| Descreva o tipo de atendimento necessário: | | | | | | | | | | | | |
| **Suplente** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | | Órgão expedidor: | | | | | | | Data de nascimento: | |
| CPF: | | | | Tel. Comercial: | | | | | | | Tel. Celular: | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | |
| Número: | Complemento: | | | | | | | | | Bairro: | | |
| Cidade: | | | | | | | | | | UF: | | CEP: |
| E-mail: | | | | | | | | | Sexo:  feminino  masculino | | | |
| Entidade que Representa: | | | | | | | | | | | | Sigla: |
| Segmento: | | | | | | | | | | | | |
| Poder Legislativo Estadual | | | | | Movimentos Sociais e Populares | | | | | | | |
| Poder Executivo Estadual | | | | | Entidades de Trabalhadores | | | | | | | |
| Poder Legislativo Municipal | | | | | Entidades Empresariais | | | | | | | |
| Poder Executivo Municipal | | | | | Entidades Profissionais, Acadêmicas e de Pesquisa | | | | | | | |
| Organizações Não Governamentais | | | | |  | | | | | | | |
| Pessoa com Deficiência e/ou Mobilidade Reduzida:  Sim  Não | | | | | Necessita de algum atendimento especial:  Sim  Não | | | | | | | |
| Descreva o tipo de atendimento necessário: | | | | | | | | | | | | |