

FICHA DE INSCRIÇÃO
ELEIÇÃO CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – CEPAD
BIÊNIO 2016/2017

ENTIDADE/UNIVERSIDADE:			
ENDEREÇO:			
CNPJ:	RESPONSÁVEL LEGAL:	RG:	UF:
ENDEREÇO:		BAIRRO:	CEP:
CIDADE:		UF:	E-MAIL:
TELEFONE FIXO:	FAX:	TELEFONE CELULAR	
ENDEREÇO ELETRÔNICO:		REFERÊNCIA PARA CONTATOS:	
NOME DO REPRESENTANTE NO PROCESSO ELEITORAL:		RG:	
ENDEREÇO ELETRÔNICO:		TEL:	
Declaro conhecer e aceitar o Regulamento da 1ª Assembleia Geral para ESCOLHA dos membros representantes das Organizações da Sociedade Civil e Universidades Públicas ou Privadas para comporem o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas- CEPAD. Local: ----- Data: / / Assinatura: -----		A ser preenchido pela Comissão Organizadora Inscrição N° Recepcionado em: / / Confirmada em: / / Rubrica:	