

ANEXO I

PROCESSO ELEITORAL UNIFICADO DE ESCOLHA DOS MEMBROS DO CONSELHO TUTELAR DE CARAPICUÍBA

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Identidade nº _____, CPF nº _____

Rua/Avenida/outro: _____

Nº _____, Complemento nº _____, Bairro: _____

Regional: _____, CEP nº _____ - _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

E-mail (legível) _____

DECLARAÇÃO

Declaro que todas as informações acima expostas são verdadeiras, estando ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro e demais legislações pertinentes em caso de falsidade. Declaro, ainda, atender todas as condições exigidas para inscrição no Processo Eleitoral Unificado de Escolha dos Conselheiros Tutelares do Município de Carapicuíba – Quadriênio 2020/2024, bem como declaro me submeter às normas expressas no Edital nº 01/2019-CT/CMDCA. e demais legislações pertinentes.

Carapicuíba/SP, _____ de _____, de _____.

ASSINATURA DO(A) PRÉ-CANDIDATO(A)