

**PROCESSO DE ESCOLHA PARA CONSELHEIRO TUTELAR DE ALAGOINHA
QUADRIÊNIO - 2020/2024**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (Nº _____)

NOME SOCIAL: _____

NOME COMPLETO: _____

GÊNERO: () Masc. () Fem. () Outros. _____

ENDEREÇO: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____ / ____ / ____

RG: _____ **ÓRGÃO EXP.:** _____ **CPF:** _____

TELEFONES PARA CONTATO: () _____ / () _____

E-MAIL: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e de direito que aceito participar do processo eleitoral a que se destina minha inscrição e que estou em pleno acordo com as normas estabelecidas no **EDITAL DO PROCESSO DE ESCOLHA PARA CONSELHEIRO TUTELAR DE ALAGOINHA - PE.**

Alagoinha - PE, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Candidato