PROCESSO ELEITORAL DO CONSELHO MUNICIPAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (2018-2020)

ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DADOS GERAIS DA ENTIDADE

Razão social da entidade: _____
Endereço da Sede: _____
CEP: _____ **Telefone:** _____
Cidade: _____ **Site:** _____
CNPJ: _____
Email: _____

DADOS DO REPRESENTANTE 1 (TITULAR)

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ **CEP:** _____
Vínculo com a entidade: _____
Telefone: _____ **Celular:** _____
Email: _____

DADOS DO REPRESENTANTE 2 (SUPLENTE)

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ **CEP:** _____
Vínculo com a entidade: _____
Telefone: _____ **Celular:** _____
Email: _____

ÁREA DE SEGMENTO PREDOMINANTE

☐ **REPRESENTANTE DE INSTITUIÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL QUE REALIZE AÇÕES NA ÁREA DE PREVENÇÃO E DE ATENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (Cópia simples)
( ) Estatuto ou Regimento Interno registrado em cartório;
( ) Ata de Assembleia de Eleição da diretoria atual, registrada em cartório;
( ) Indicação oficial do(a) representante e seus respectivos suplentes com nome completo e dados pessoais em papel timbrado com carimbo e assinatura do(a) representante legal da instituição.

 REPRESENTANTE DE FAMILIARES, USUÁRIO(A)S E EX-USUÁRIO(A)S DE ÁLCOOL E OU OUTRAS DROGAS LIGADOS A INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO, MOVIMENTOS OU GRUPOS DE APOIO E AJUDA MÚTUA DE USUÁRIO(A)S E OUTRAS DROGAS.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (Cópia simples)
( ) Documento pessoal com foto;
( ) Comprovante de residência atualizado atestando ser morador de Vitória;
( ) Declaração em papel timbrado com carimbo e assinatura do(a) representante legal de instituição ligada ao Cuidado e Assistência à familiares e usuários de álcool e outras drogas, comprovando vinculação da pessoa à temática deste Conselho.

 REPRESENTANTE DE TRABALHADORE(A)S DA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO E CUIDADO LOCALIZADOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (Cópia simples)
( ) Documento pessoal com foto;
( ) Declaração em papel timbrado com carimbo e assinatura da chefia imediata, atestando a atuação do(a) servidor(a) na Rede Municipal de Atenção e Cuidado;
( ) Liberação por escrito em papel timbrado com carimbo e assinatura da chefia imediata para participação do(a) servidor(a) no Conselho e outras atividades do COMSAD.

 REPRESENTANTE DE FACULDADES PRIVADAS QUE DESENVOLVAM PROJETOS, PESQUISAS E OU ESTÁGIOS NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, FORMADORAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (Cópia simples)
( ) Estatuto ou Regimento Interno registrado em cartório.
( ) Declaração em papel timbrado com carimbo e assinatura do(a) responsável legal da instituição que indique os projetos e/ou pesquisas ligados ao tema sobre álcool e outras drogas.
( ) Indicação oficial do(a) representante e seus respectivos suplentes com nome completo e dados pessoais em papel timbrado com carimbo e assinatura do(a) representante legal da instituição.

 INSTITUIÇÃO RELIGIOSA

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (Cópia simples)
( ) Carta em papel timbrado com carimbo e assinatura do(a) responsável legal da instituição indicando o(a) representante e seu suplente.
( ) Declaração da instituição comprovando e informando as atividades relacionadas a assistência prestada a usuário(a)s, ex-usuário(a)s e familiares.

DECLARAÇÃO

 Declaro que li e concordo com o Edital e que encaminhei, nos prazos apresentados, toda a documentação exigida.

_____, ___/___/2018.
Local

_____
Assinatura do(a) representante legal