

**CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIENCIA DE LAGOA SANTA/MG.
(Lei Federal 13.146/15 e Lei Municipal 3.452/2013)**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE USUÁRIOS (AS), PROFISSIONAIS
ESPECIALIZADOS(AS) NA ÁREA DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA**

1.Dados pessoais:

Nome: _____
Endereço: _____ nº: _____ Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel.(____) _____
Celular: (____) _____ E-mail: _____
RG: _____ CPF: _____ Data nasci. : ____/____/____
Título Eleitor: nº _____ Zona: _____ Seção: _____
Escolaridade _____
Período do Mandato: _____

Termos em que,
Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura