

## **ANEXO I**

### **FICHA DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO**

**Nome do(a) candidato(a):** \_\_\_\_\_

**Data nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Para se candidatar ao Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência, os candidatos deverão preencher os seguintes critérios:**

- I. Ter 18 anos completos;
- II. Ser pessoa com deficiência e/ou possuir representatividade, em nível municipal, junto às pessoas com deficiência, ou;
- III. Ter efetiva atuação e/ou interesse, em nível municipal, relativamente à defesa dos direitos das pessoas com deficiência, ou;
- IV. Representar movimento, organização popular ou OSCs ligadas às pessoas com deficiência, ou que as representem, ou que possuam em suas estruturas setores destinados a atendimentos de pessoas com deficiências.

**Você preenche os critérios necessários para se candidatar a membro do CMDPD?**

- Sim  
 Não  
 Outro:

**Qual a sua ligação com a causa da pessoa com deficiência? Marque mais de uma opção de for o caso:**

- Representante do Poder Público Municipal

- Representante de movimento, organização popular ou OSCs
- Pessoa com deficiência
- Família de pessoa com deficiência
- Profissional da área da pessoa com deficiência
- Outro:

### **Tem alguma deficiência?**

- Sim
- Não

### **Qual tipo de Deficiência?**

- Deficiência Física
- Deficiência Auditiva
- Deficiência Intelectual
- Deficiência Visual
- Ostomizado
- Doenças Raras
- Autismo
- Outro:

### **Necessita de algum apoio? Qual?**

---

---

---

---

### **Você tem interesse em se candidata ao Conselho como representante?**

- Deficiência Visual
- Deficiência Auditiva
- Deficiência Física
- Deficiência Intelectual
- Autismo (TEA)
- Ostomizadas
- Doenças Raras

### **Quer se candidatar ao Conselho como:**

- Representante da Sociedade Civil - Pessoas com Deficiência, Família
- Representante da Sociedade Civil - OSC, Movimento, Grupos
- Representante do Poder Público

Em caso, de se candidatar como **representante da Sociedade Civil - OSC, Grupo, Movimento**, responda:

- Qual o nome da OSC, Movimento ou Grupo: \_\_\_\_\_

- Cargo e Função: \_\_\_\_\_

- Tempo de vínculo com a Organização: \_\_\_\_\_

Em caso, de se candidatar como **representante do Poder Público**

Nome da secretária:

- Secretaria de Planejamento, Trabalho e Gestão Pública
- Secretaria de Esportes, Cultura, Turismo, Lazer e Juventude
- Secretaria de Educação
- Secretaria de Saúde
- Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social
- Secretaria de Segurança Pública e Mobilidade Urbana
- Outro:

Qual órgão, setor ou serviço? \_\_\_\_\_

Cargo e Função: \_\_\_\_\_

Tempo de vínculo com a Organização: \_\_\_\_\_

**Você tem interesse em ser conselheiro e concorrer a algum cargo da diretoria do CMDPD na eleição de 2023?**

- Sim
- Não
- Talvez

**Você tem interesse em concorrer ao cargo de Presidente do Conselho?**

- Sim
- Não

**Você tem interesse em concorrer ao cargo de Vice-Presidente do Conselho?**

- Sim
- Não

**Você tem interesse em concorrer ao cargo de Secretário Geral do Conselho?**

- Sim

Não

**Você tem interesse em concorrer ao cargo de Tesoureiro do Conselho?**

Sim

Não

**Documentação Necessária:**

Cópia do RG

Cópia do CPF

Caso seja, representante de uma OSCs anexar Declaração de Ciência do Representante Legal

---

Assinatura