**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO EDITAL** | | | | |
| **Número e nome do Edital da Política Nacional Aldir Blanc de Caieiras:**  **/2024 - .** | | | | |
| **DADOS DO PROPONENTE** | | | | |
| **Proponente é pessoa física ou pessoa jurídica?**  ( ) Pessoa física ( ) Pessoa jurídica | | | | |
| **PROPONENTE PESSOA FÍSICA** (só preencha se assinalou a opção “Pessoa física”) | | | | |
| **Nome completo:** | | | | |
| **Nome artístico ou nome social (se houver):** | | | | |
| **CPF:** | | **RG:** | | **Data de nascimento:** |
| **E-mail:** | | | | |
| **Telefone:** | **Whatsapp:** | | | |
| **Endereço completo:** | | | | |
| **CEP:** | | **Cidade:** | | **Estado:** |
| **Gênero:**  ( ) Mulher cisgênero ( ) Homem cisgênero ( ) Mulher Transgênero  ( ) Homem Transgênero ( ) Pessoa Não Binária ( ) Não informar | | | | |
| **Raça, cor ou etnia:**  ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela | | | | |
| **Você é uma Pessoa com Deficiência - PCD?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de deficiência?**  ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Intelectual ( ) Múltipla ( ) Visual | | | | |
| **Vai concorrer às cotas para pessoas negras ou indígenas?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de cota?**  ( ) Pessoa negra ( ) Pessoa indígena | | | | |
| **Vai concorrer às cotas para pessoas com deficiência?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| **Você está representando um coletivo (sem CNPJ)?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| DADOS DO COLETIVO (Caso tenha respondido “sim” na pergunta anterior) | | | | |
| **Nome do coletivo:** | | | | **Ano de Criação:** |
| **Quantas pessoas fazem parte do coletivo?** | | | | |
| **Nome completo e CPF das pessoas que compõem o coletivo:** | | | | |
| **PROPONENTE PESSOA JURÍDICA** (só preencha se assinalou a opção “Pessoa jurídica”) | | | | |
| **Razão social:** | | | | |
| **Nome fantasia:** | | | | |
| **CNPJ:** | |  | | |
| **Endereço completo da sede:** | | | | |
| **CEP:** | | **Cidade:** | | **Estado:** |
| **E-mail institucional:** | | | | |
| **Telefone da sede:** | | | **Número de representantes legais:** | |
| **Nome do representante legal:** | | | | **CPF do representante legal:** |
| **E-mail do representante legal:** | | | | |
| **Telefone do Representante legal:** | | **Whatsapp do representante:** | | |
| **Gênero do representante legal:**  ( ) Mulher cisgênero ( ) Homem cisgênero ( ) Mulher Transgênero  ( ) Homem Transgênero ( ) Pessoa Não Binária ( ) Não informar | | | | |
| **Raça, cor ou etnia do representante legal:**  ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela | | | | |
| **O representante legal é uma pessoa com deficiência - PCD?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de deficiência?**  ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Intelectual ( ) Múltipla ( ) Visual | | | | |
| **Vai concorrer às cotas para pessoas negras ou indígenas?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |
| **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de cota?**  ( ) Pessoa negra ( ) Pessoa indígena | | | | |
| **Vai concorrer às cotas para pessoas com deficiência?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | |