**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

Curso de Capacitação de Agentes Multiplicadores na Prevenção ao Uso de Drogas

**Período: 06/06 a 10/06/2022 - das 18:00 hs as 22:00 hs**

**Local: Sala Osasco, situada na Rua Dimitri Sensaud de Lavoud s/n, ponto de referencia lateral do estacionamento da prefeitura de Osasco..**

ILMO. SR. DR. DELEGADO DE POLÍCIA SERVIÇO TECNICO DE ENSINO DIPE/DENARC,

NOME: \_\_\_\_\_

RG: ESTADO CIVIL:

FILIAÇÃO:

DATA NASCIMENTO: / / PROFISSÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

CIDADE: UF:

CONTATOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTÁ EM TRATAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO

FAZ PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA? ( ) SIM ( ) NÃO

ONDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRABALHA OU JÁ TRABALHOU COM DQ ? ( ) SIM ( ) NÃO

ONDE: JÁ FEZ ALGUM CURSO NA ÁREA DE ÁLCOOL E DROGA? ( ) SIM ( ) NÃO

SE SIM, INFORME O CURSO:

Vem a presença de V.S., requerer inscrição para o Curso de Capacitação de Agentes Multiplicadores na Prevenção ao Uso de Drogas. Estou ciente das instruções do curso, comprometendo-me a acatar as disposições estabelecidas,

Osasco\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

REGRA GERAL:

**DOAÇÃO DE 1(UM) KG. DE ALIMENTO NÃO PERECÍVEL POR DIA.**

1. O HORÁRIO DEVERÁ SER RIGOROSAMENTE CUMPRIDO DAS 18:00 HS AS 22:00 HS;

2. CHEGAR 20 MINUTOS ANTES PARA ASSINATURA DA LISTA DE PRESENÇA;

3. TOLERÂNCIA PARA ATRASO É DE 20 MINUTOS;

4. OS CELULARES DEVERÃO SER DESLIGADOS DURANTE O CURSO;