



**Conselho Municipal sobre Álcool e Outras Drogas**  
**Município de Piracicaba – Estado de São Paulo – Brasil**  
**Rua Joaquim André, 895 – Paulista – CEP: 13400-850 – Piracicaba – SP**  
**Fone/Fax: 3434-0461 ou 3434-7137 - Email: comad@piracicaba.gov.br**

**FICHA DE INDICAÇÃO DE CANDIDATO – SOCIEDADE CIVIL**

Nome do Candidato:		
Data Nascimento:		
Documentos:		
RG:	CPF:	
Endereço:		
Bairro:		
Município:	Estado:	CEP:
Telefone:	Celular:	
E-mail:		
Instituição que representa:		
Profissão / Cargo:		
Tempo de vínculo com a entidade:		

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº. \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, indico como candidato(a) a  
conselheiro de direito do COMAD a pessoa acima inscrita, confirmando que a mesma tem vínculo  
(funcionário ou diretor) com esta entidade desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Declaro estar ciente e de  
acordo em dispensar o funcionário no seu horário de trabalho, sempre que necessário, para o  
desenvolvimento de atividades no COMAD.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente