



MOVIMENTO DE SAUDE MENTAL COMUNITARIA DO BOM JARDIM  
RUA Dr. FERNANDO AUGUSTO, 609 BAIRRO SANTO AMARO  
FORTALEZA -CE CEP: 60.540-260 FONE: (85) 3497.08.92  
FAX: 3245.81.55 CNPJ: 03.918.813/0001-53  
EMAIL: [movimento@secrel.com.br](mailto:movimento@secrel.com.br)  
SITE: [www.msmbj.org.br](http://www.msmbj.org.br)

## FICHA DE INSCRIÇÃO CAPACITAÇÃO EM PREVENÇÃO ÀS DROGAS

Data de inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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

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

2. A que área pertence:

Educação ( ) Saúde ( ) Social ( ) Liderança Comunitária ( ) Outros ( )

Qual? \_\_\_\_\_

3. Dados da Instituição a que pertence:

Instituição a que pertence: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Clientela da Instituição: \_\_\_\_\_

4. Como soube do curso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Você já teve ou tem alguma experiência em algum trabalho de prevenção ao uso de drogas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. O que te faz ter interesse em fazer esse curso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Qual o seu propósito com a conclusão desse curso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.