**SEMINÁRIO ESTADUAL - ACRE**

**Formulário de Inscrição**

**Nome completo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Primeiro nome Sobrenome**

**Instituição/Organização Social:**

|  |
| --- |
|  |

**Contato Principal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**DDD Nº Fone**

**E-mail**

|  |
| --- |
|  |

**Endereço**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Rua Nº Bairro**

|  |
| --- |
|  |

**Cidade**

Após o preenchimento, encaminhar para o WhatsApp 68 99984-1400 e-mail[**dep.leodebrito@camara.leg.br**](mailto:dep.leodebrito@camara.leg.br) **ou** [**dep.perpetuaalmeida@camara.leg.br**](mailto:dep.perpetuaalmeida@camara.leg.br)