**ANEXO 2 - (A)**

(ETAPA 1)

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA, PESSOA JURÍDICA E/OU COLETIVO/GRUPO.**

1. **COMPOSIÇÃO DO ANEXO 2**
	1. O Anexo 2, subdivide-se em:
		1. Anexo 2 (A) - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA, JURÍDICA E/OU COLETIVO/GRUPO;
		2. Anexo 2 (B)-CURRÍCULO/PORTFÓLIO;
2. **DADOS DO PROPONENTE**

Proponente é pessoa física, pessoa jurídica ou coletivos/grupo (sem CNPJ).

 **Pessoa Física**  **Coletivo/grupo**  **Pessoa Jurídica**

1. **PARA PESSOA FÍSICA:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome artístico ou nome social (se houver): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* 1. **Você reside em quais dessas áreas?**

 Zona urbana  Zona urbana periférica  Zona rural

 Área de vulnerabilidade social  Unidades habitacionais

 Territórios indígenas (demarcados ou em processo de demarcação)

 Comunidades quilombolas (terra titulada ou em processo de titulação, com registro na Fundação Palmares).

* 1. **Pertence a alguma comunidade tradicional?**

 Não pertenço a comunidade tradicional  Comunidades Extrativistas

 Comunidades Rurais  Indígenas

 Povos Ciganos  Pescadores(as) Artesanais

 Povos de Terreiro  Quilombolas

 Outra comunidade tradicional (indicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Gênero:**

 Mulher cisgênero (feminino)  Homem cisgênero (masculino)  Mulher Transgênero

 Homem Transgênero  Pessoa Não Binária  Sem Declaração

* 1. **Raça, Cor ou Etnia:**

 Branca  Preta  Parda  Indígena  Amarela

* 1. **Você é uma Pessoa com Deficiência - PCD?**

 Sim  Não

* **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de deficiência?**

 Auditiva  Física  Intelectual  Múltipla  Visual

* 1. **Vai concorrer às cotas ?**

 Sim                Não

* **Se sim. Qual?**

 Pessoa negra  Pessoa indígena  Pessoa com deficiência

 Quilombola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Qual a sua principal função/profissão no campo artístico e cultural do setor Audiovisual?**

 Roteirista do setor audiovisual  Diretor do setor audiovisual

 Produtor do setor audiovisual.  Pós Produção do setor audiovis

 Etapas de Finalização do setor audiovisual

1. **PARA COLETIVO/GRUPO.**
	1. **Você está representando um grupo/coletivo (sem CNPJ)?**

 Sim  Não

* **Caso tenha respondido "sim":**

Nome do coletivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de Criação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantas pessoas fazem parte do coletivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Nome** **do representante responsável** pelo coletivo/grupo (pessoa que assinará os documentos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dados **de até 2** **pessoas que fazem parte do coletivo/grupo sem constituição jurídica (sem CNPJ)**:
1. Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone/celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone/celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **O coletivo/grupo está sediado, ou, se reúnem em quais dessas áreas?**

 Zona urbana  Zona urbana periférica  Zona rural

 Área de vulnerabilidade social  Unidades habitacionais

 Territórios indígenas (demarcados ou em processo de demarcação)

 Comunidades quilombolas (terra titulada ou em processo de titulação, com registro na Fundação Palmares).

* 1. **O coletivo/grupo pertence a alguma comunidade tradicional?**

 Não pertence a comunidade tradicional  Comunidades Extrativistas

 Comunidades Rurais  Indígenas

 Povos Ciganos  Pescadores(as) Artesanais

 Povos de Terreiro  Quilombolas

 Outra comunidade tradicional (indicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Gênero da maioria dos integrantes do coletivo/grupo é formado por pessoas que se identificam:**

 Mulher cisgênero (feminino)  Homem cisgênero (masculino)  Mulher Transgênero

 Homem Transgênero  Pessoa Não Binária  Sem Declaração

* 1. **Raça, Cor ou Etnia da maioria dos integrantes do coletivo/grupo é formada por pessoas que se identificam:**

 Branca  Preta  Parda  Indígena  Amarela

* 1. **Há pessoas com deficiência – PCD no coletivo/grupo?**

 Sim  Não

* **Caso tenha marcado "sim", qual tipo de deficiência?**

 Auditiva  Física  Intelectual  Múltipla  Visual

* 1. **O coletivo/grupo vai concorrer às cotas ?**

 Sim                Não

* **Se sim. Qual?**

 Pessoa negra  Pessoa indígena  Pessoa com deficiência

 Quilombola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Qual a principal função/profissão do representante do coletivo/grupo no campo artístico e cultural?**

 Roteirista do setor audiovisual  Diretor do setor audiovisual

 Produtor do setor audiovisual.  Pós Produção do setor audiovisual

 Etapas de Finalização do setor audiovisual

1. **PARA PESSOA JURÍDICA:**

Razão Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome fantasia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço da sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nome do representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF do representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone do representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **A empresa (pessoa jurídica) está sediada em quais dessas áreas?**

 Zona urbana  Zona urbana periférica  Zona rural

 Área de vulnerabilidade social  Unidades habitacionais

 Territórios indígenas (demarcados ou em processo de demarcação)

 Comunidades quilombolas (terra titulada ou em processo de titulação, com registro na Fundação Palmares).

* 1. **A empresa (pessoa jurídica) pertence a alguma comunidade tradicional?**

 Não pertence a comunidade tradicional  Comunidades Extrativistas

 Comunidades Rurais  Indígenas

 Povos Ciganos  Pescadores(as) Artesanais

 Povos de Terreiro  Quilombolas

 Outra comunidade tradicional (indicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Gênero da maioria do quadro societário da empresa (pessoa jurídica) é formada por pessoas que se identificam:**

 Mulher cisgênero (feminino)  Homem cisgênero (masculino)  Mulher Transgênero

 Homem Transgênero  Pessoa Não Binária  Sem Declaração

* 1. **Raça/cor/etnia da maioria do quadro societário da empresa (pessoa jurídica) é formada por pessoas que se identificam:**

 Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

* 1. **Há pessoas com deficiência – PCD no quadro societário da empresa (pessoa jurídica)?**

 Sim  Não

* **Caso tenha marcado "sim" qual o tipo de deficiência?**

 Auditiva  Física  Intelectual  Múltipla  Visual

* 1. **A empresa (pessoa jurídica) vai concorrer às cotas ?**

 Sim                Não

* **Se sim. Qual?**

 Pessoa negra  Pessoa indígena  Pessoa com deficiência

 Quilombola (citar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Qual a principal função/profissão do representante legal da empresa (pessoa jurídica) no campo artístico e cultural?**

 Roteirista do setor audiovisual  Diretor do setor audiovisual

 Produtor do setor audiovisual.  Pós Produção do setor audiovisual

 Etapas de Finalização do setor audiovisual

Como participante do Chamamento Público nº 06/2024 realizado pela Prefeitura da Estância Turística de Itu, através da Secretaria Municipal de Cultura e Patrimônio Histórico, **DECLARO** que conheço e aceito incondicionalmente as regras do Edital, que me responsabilizo por todas as informações contidas no portfólio/projeto.

Itu\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura

Nome/razão social:

CPF/CNPJ: