**MINUTA – MODELO DECLARAÇÃO VAGAS**

**Timbre da OSC**

**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE DE VAGAS POR MUNICÍPIO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representante legal da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DECLARA**, sob as penas da lei, que a comunidade terapêutica, situada na (**endereço completo**), tem a capacidade vagas destinada ao tratamento de dependentes de substancias psicoativas, distribuída conforme quadro abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Público Alvo | Capacidade  Total | Outras  Parcerias/  Convênios | Vagas  Disponiveis |
| Adulto  Masculino |  |  |  |
| Adulto  Feminino |  |  |  |
| Adolescente  Masculino |  |  |  |
| Adolescente  Feminino |  |  |  |
| Mãe  Nutriz |  |  |  |

OBS:. Caso não tenha vaga preencher com “0” (zero).

Trabalha com Prevenção?

( )Sim ( )Não

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

**Local e data:**

***Assinatura***

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

**Nome: Fulano de tal**

**(Presidente da OSC)**