

Folha de identificação dos coletores de assinaturas

(Remeta com seus dados junto às folhas com as assinaturas colhidas)

Nome completo: _____.

Data de Nascimento: ____/____/____ **CPF:** _____

Endereço: _____

CEP: ____ - ____ **Cidade:** _____ **UF:** _____

TEL: _____ **Endereço eletrônico:** _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Responda como teve acesso ao formulário de coleta de assinatura, nomeando a fonte:

- a) **Site da Ação Pelo Semelhante;**
- b) **Outros sites;**
- c) **Instituição;**
- d) **Farmácia;**
- e) **Evento;**
- f) **Consultório Médico;**
- g) **Outros.**