**Formulário para envio de solicitações de esclarecimento**

Este formulário tem a finalidade de esclarecer as dúvidas e receber sugestões sobre a Consulta Pública nº 004/2020- **Minuta de Resolução que estabelece padrões de prestação dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos urbanos nos municípios regulados CISAB ZONA DA MATA.**

**Por favor, para o preenchimento do formulário observe as instruções abaixo:**

* Após o preenchimento, esse formulário deve ser enviado para o CISAB Zona da Mata por e-mail ao endereço eletrônico: [regulacao@cisab.com.br](mailto:regulacao@cisab.com.br)
* Preencha todos os campos desse formulário e envie seus comentários durante o período em que a Consulta Pública estiver aberta ao recebimento de solicitações de esclarecimento. Data: de **05/11/2020 a 05/12/2020.**
* As solicitações e dúvidas recebidas fora do prazo, ou que não forem enviadas nesse Formulário, não serão consideradas.
* A sua participação é muito importante para a transparência do processo.

**Roteiro de instruções para Consulta Pública**

* A participação no procedimento de consulta pública far-se-á mediante identificação dos interessados e utilização de formulário próprio.

Todas as solicitações de esclarecimento recebidas serão examinadas pelo Órgão de Regulação do CISAB Zona da Mata, responsável pela minuta de Resolução que estabelece padrões de prestação dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos urbanos nos municípios regulados CISAB ZONA DA MATA.

Obrigada pela sua participação!

**Consulta Pública: nº 004/2020**

**Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**I - IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | | |
| **Endereço:** | | | |
| **Cidade:** | | | **UF:** |
| **Telefone: ( )** | **Celular: ( )** | **E-mail:** | |

|  |
| --- |
| 1. **Por favor, indique a qual segmento você está relacionado.** *(Marque apenas uma opção)*   ( ) Consumidor (pessoa física)  ( ) Associação ou entidade de defesa e proteção do consumidor  ( ) Servidor público de Município Consorciado  ( ) Servidor público de Município Não Consorciado  ( ) Outro servidor público do governo (Estadual ou Federal)  ( ) Empresário ou proprietário de estabelecimento empresarial  ( ) Outro. Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**2. Como você tomou conhecimento desta Consulta Pública?** *(Pode marcar mais de uma resposta)*

( ) Site do CISAB ZM

( ) Outro site – Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) E-mail

( ) Facebook

( ) Amigos, colegas ou profissionais de trabalho

( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Envio de sugestões e solicitação de esclarecimentos**

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