



**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DELEGADO(A)**  
**14ª Conferência Estadual de Assistência Social**

**É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, PARA EFETIVAR A  
INSCRIÇÃO DO DELEGADO(A)**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO(A) DELEGADO(A)**

Representação:

Governamental ( )

Sociedade Civil:

Usuário ou organização de usuários ( ) Trabalhador ( ) Entidades/organ. de assistência social ( )

Delegado: Titular ( ) Suplente ( )

Órgão/Entidade que representa: \_\_\_\_\_

Cargo/função que exerce: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área da Política de Assistência Social:

\_\_\_\_\_

Participou de alguma Conferência Estadual? ( ) Sim Não ( )

Se já participou, relacione quais foram:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II - DADOS PESSOAIS DO(A) DELEGADO(A)**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Doc. Identidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: celular ( ) \_\_\_\_\_ fixo: \_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino



Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós-graduação

Formação: \_\_\_\_\_

Área de Atuação: \_\_\_\_\_

### **III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Possui alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não

Possui restrição alimentar? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de serviços especiais? ( ) Sim ( ) Não

Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Assinatura do(a) Delegado(a)**