



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DELEGADO(A)
15ª 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 NO CASO DE SER PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Possui alguma deficiência? () Sim () Não

Possui restrição alimentar? () Sim () Não

Necessita de serviços e cuidados? () Sim () Não

Especificar: _____

Necessita de acompanhante em tempo contínuo? () Sim () Não

Justificar: _____

Assinatura do(a) Delegado(a)