



**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DELEGADO/A**  
**15ª Conferência Estadual de Assistência Social**

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

Delegado: Titular ( ) Suplente ( )

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

Cargo/função que exerce: \_\_\_\_\_

**I - DADOS PESSOAIS**

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

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

Telefone fixo ( ) \_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( )

Pós-graduação ( )

Formação: \_\_\_\_\_

**Área de Atuação:** \_\_\_\_\_

**II - REPRESENTAÇÃO**

Governamental ( )

Sociedade Civil: ( )

Usuário ou organização de usuários ( )

Trabalhador/a de Entidades/organização. de assistência social ( )

Trabalhador/a Governamental

Tempo de atuação na área da Política de Assistência Social:

\_\_\_\_\_

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

Se já participou, relacione quais:

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



---

---

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NO CASO DE SER PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Possui restrição alimentar? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de acompanhante? ( ) Sim ( ) Não

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

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

---