

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: _____
