**Ficha de Identificação**

**DELEGADO(A) TITULAR**

**11ª Conferência Estadual de Assistência Social – Palmas/TO**

**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 ( )

Entidades prestadoras de serviço ( )

Trabalhadores da área ( )

É Delegado: Titular ( ) Suplente ( )

Órgão/Entidade que representa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo/função que exerce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de atuação da área da Política de Assistência Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participou:

( ) 10ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 9ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 8ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 7ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 6ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 5ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 4ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 3ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 2ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 1ª Conferência Municipal de Assistência Social

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

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

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

Nº RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_

Telefone para contato: Cel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

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

Formação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Área de Atuação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

O delegado tem alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de serviços especiais? ( ) Sim ( ) Não Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Delegado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Presidente do CMAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ficha de Identificação**

**DELEGADO(A) SUPLENTE**

**IX Conferência Estadual de Assistência Social – Palmas/TO**

**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 ( )

Entidades prestadoras de serviço ( )

Trabalhadores da área ( )

É Delegado: Titular ( ) Suplente ( )

Órgão/Entidade que representa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo/função que exerce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de atuação da área da Política de Assistência Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participou:

( ) 10ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 9ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 8ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 7ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 6ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 5ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 4ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 3ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 2ª Conferência Municipal de Assistência Social

( ) 1ª Conferência Municipal de Assistência Social

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

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

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

Nº RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_

Telefone para contato: Cel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

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

Formação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Área de Atuação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

O delegado tem alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de serviços especiais? ( ) Sim ( ) Não Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Delegado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Presidente do CMAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**