

 Florianópolis

# CONSELHO MUNICIPAL DE AS SISTÊNCIA SOCIAL - CMAS

**Ficha de Identificação:**

**Delegados para a IX 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 ( )

 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:

( ) IX Conferência Estadual de Assistência Social

( ) VIII Conferência Estadual de Assistência Social

( ) VII Conferência Estadual de Assistência Social

( ) VI Conferência Estadual de Assistência Social

( ) V Conferência Estadual de Assistência Social

( ) IV Conferência Estadual de Assistência Social

( ) III Conferência Estadual de Assistência Social

( ) II Conferência Estadual de Assistência Social

( ) I Conferência Estadual de Assistência Social

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

Nome:

Endereço:

Cidade: UF: CEP:

Documento de Identidade:

Telefone para contato: ( ) Fax: ( )

E-mail:

Idade:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

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

Formação:

Área de Atuação:

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

O delegado(a) tem alguma deficiência? ( )sim ( )não

Necessita de serviços especiais? ( )sim ( )não

Especificar:

Assinatura do(a) Delegado(a):

Assinatura do(a) Presidente do CMAS:

**Florianópolis, 30 de julho de 2013.**