**ANEXO 3**

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

**Delegadas/os para a 13ª Conferência Estadual de Assistência Social**

**É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, PARA EFETIVAR A INSCRIÇÃO DA/O DELEGADA/O.**

**I - IDENTIFICAÇÃODA/O DELEGADA/O ( ) Titular ( ) Suplente**

**Representação: Governamental** ( )

Órgão de representação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sociedade Civ**il ( )

- **Usuária/o ou organização de usuárias/os** ( )

Informar nome da Entidade/Organização:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- **Trabalhadoras/es do setor** ( )

Informar nome da Entidade/Organização:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Entidades prestadoras de Assistência Social** ( )

Informar nome da Entidade/Organização:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II - DADOS PESSOAIS DA/O DELEGADA/O**

**Nome:**   
**Endereço**

Logradouro: Complemento:

Bairro:

Cidade: UF: CEP:

Registro de Identificação: Órgão Expeditor:

Data Expedição:

CPF:

Telefones para contato:   
( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail pessoal para contato:

Idade:

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

Formação:

Área de Atuação:

**III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

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

Especificar a deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necessita de serviços especiais? ( ) Sim ( ) Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_