



**Ficha de Inscrição do delegado para a XIII 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: \_\_\_\_\_

**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 tem alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de serviços especiais? ( ) Sim ( ) Não

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### I - Termo de Responsabilidade do Delegado

Eu \_\_\_\_\_,  
delegado(a) da XIII Conferência Estadual de Assistência Social, inscrito no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
à \_\_\_\_\_, no município  
de \_\_\_\_\_ mediante este instrumento declaro  
responsabilizar-me pela participação na XIII Conferência Estadual, ou acionar a representação  
suplente quando da impossibilidade de participação até o dia **20 de Setembro de 2019**, estando  
ciente que a ausência no referido evento, sem justificativa comprobatória, a qual será submetida  
à apreciação e aprovação do Conselho, ocasionará a necessidade de ressarcir o Estado em  
relação a despesa custeadas.

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

---

### II – Declaração de Despesas

Eu \_\_\_\_\_,  
delegado(a) da XIII Conferência Estadual de Assistência Social, inscrito no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
à \_\_\_\_\_, no município  
de \_\_\_\_\_ mediante este instrumento, declaro não ter  
recebido diária, referente a alimentação e hospedagem do município ou do Conselho Municipal  
de Assistência Social- CMAS.

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