+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO

1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – 1ª CEVS

Ficha de Inscrição para Eleição das(os) Delegadas(os) para a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde - 1ª CEVS

***Preenchimento obrigatório**

Dados Pessoais:
Nome social:*_____
Nome que será utilizado na identificação do crachá (conforme Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016)

Nome Completo: *_____
Conforme RG/Carteira de Identidade e sem abreviatura

Região:*_____
UF:*_____
Local de Nascimento:*_____
Incluir UF
Número do RG/ Órgão Emissor /UF:*_____
Endereço
Residencial:*_____
_____
_____
Rua, número, bairro, cidade, UF, CEP
Telefone Fixo:_____
Telefone Celular: _____
Autorização para uso de imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e documentos durante a realização da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde* Sim _____ Não_____

Representação e Dados da Instituição de Vinculação

Perfil de Representação:*_____
Natureza de Representação:_____
Conselheiro Estadual de Saúde: Sim _____ Não _____

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO

Dados de Perfil

Sexo: **Feminino____ Masculino_____**
Identidade de Gênero:*_____
Orientação Sexual:_____
Raça/Etnia/Cor:*_____
Condição Civil:*_____
Religião:_____
Data de Nascimento:*_____
Nacionalidade:*_____
Origem:*_____
Povos e Comunidades Tradicionais:* **Sim_____ Não _____**
Filhos: **Sim_____ Não _____**
Participação de Coletivo, Associação ou Grupo de Mulheres ou Feministas/Partido Político:*_____
Escolaridade:*_____
Aposentada/o:*_____
Trabalho remunerado:*_____
Profissão:_____

Dados da Pessoa com Deficiência
Pessoa com Deficiência:* **Sim_____ Não _____**

Cuiabá, de de 2017.

_____
Assinatura

Gentileza encaminhar as fichas de inscrições no e mail: **pendencia.ces@gmail.com**