**I Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa**

**FICHA DE INSCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES**

**DATA: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Idade:** |
| **Tem alguma deficiência? ( ) SIM ( ) NÃO** |
| **Endereço: Nº:****Bairro:** |
| **Município:** |
| **Telefones de Contatos: ( ) Celular:** |
| **Entidade/Instituição:** |
| **E-mail:** |
| **Participa como: ( ) Delegado (a) da sociedade civil ( ) Delegado (a) do Poder Público****( ) Convidado (a) ( ) Observador (a)** |
| **GRUPO DE TRABALHO****( ) EIXO I – GESTÃO; Programas, Projetos e Ações****( ) EIXO II – FINANCIAMENTO.****( ) EIXO III – PARTICIPAÇÃO****( ) EIXO IV – SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS HUMANOS** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2015** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura** |
|  |