

II CICLO ESTADUAL DE DEBATE SOBRE AS PRÁTICAS DOS CONSELHEIROS TUTELARES E CONSELHEIROS MUNICIPAIS DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

REGIÃO:			
NOME COMPLETO E SEM ABREVIATURA:			
NOME SOCIAL: Como você gostaria de ser chamado (a):			DATA DE NASCIMENTO:
E-MAIL:			
GÊNERO: () Feminino () Masculino			
Você gostaria de informar sua identidade sexual/gênero?			Qual?
ENDEREÇO:			Nº:
Bairro:	Cidade	UF:	
Telefone:	Formação:		
Atuação Profissional:	Representante (Instituição/Órgão):		
Possui alguma deficiência? Sim () Não () Qual? () Física () Auditiva () Visual () Intelectual () Múltipla Usa algum suporte para sua mobilidade? () Sim () Não Qual? _____ _____ _____ _____			
PARTIPOU DO I CICLO ESTADUAL DE DEBATES (2018)? () sim () não			
OBS: enviar a ficha de inscrição preenchida pelo E-mail: eventossupdh@gmail.com			