



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
04ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIUNA
“Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia
“Amanhã vai ser outro dia”.

Dados Pessoais				<i>Use letra de forma legível</i>	
Nome:					
Nome Social:					
Sexo: () Masculino () Feminino					
R.G.		Org. Exped.		UF:	
Endereço					
Rua/Av.:				N.º	Compl.:
Bairro:		Município:		CEP:	
Telefone 1:		Telefone 2:		Celular:	
E-mail:					
Informações					
Pertence a algum Conselho? () SIM () NÃO Qual:					
Segmento: () Usuário		() Trabalhador		() Gestor/Prestador	
Cargo que exerce: () TITULAR () SUPLENTE					
Pertence a alguma Instituição: () SIM () NÃO Qual?:					
Outros:					
Formação					
<i>Assinale a maior titulação, especificando o curso quando necessário.</i>					
() Ensino Fundamental (1ª-9ª)		() Completo		() Incompleto	
() Ensino Médio (1ª- 3ª)		() Completo		() Incompleto	
() Ensino Superior		() Completo		() Incompleto	
() Pós-Graduação		() Especialização		() Mestrado	
		() Doutorado			
Curso:					
Curso:					
Qual dos Eixos você gostaria de participar?					
() I– O Brasil que temos. O Brasil que queremos;					
() II – O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;					
() III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;					
() IV – Amanhã vai ser outro dia para todos, todas e todes.					
Expectativas					
“O que você espera desta 4ª Conferência Municipal de Saúde do município de IBIUNA”?					

As inscrições podem ser realizadas através dos e-mails: saudeibiuna@gmail.com , saude@ibiuna.sp.gov.br , cms2021ibiuna@gmail.com ou presencialmente na sala do conselho, na secretaria de saúde, rua José Eugenio Machado, SN, Jardim Áurea, Ibiúna- SP