

Secretaria de Estado de Saúde
ENCONTRO REGIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Ficha de Inscrição

Secretaria Municipal de Saúde de

--

Região de Saúde

--

Contatos da Secretaria

E-mail

Telefone

Fax

	()	()
--	-----	-----

PARTICIPANTE 1

Nome completo

--

Cargo

() Gestor () Técnico

Se **TÉCNICO**, informe a área de atuação

() Ouvidoria () Outra:

Contatos do participante 1

E-mail

Telefone

Celular

	()	()
--	-----	-----

PARTICIPANTE 2

Nome completo

--

Cargo

() Gestor () Técnico

Se **TÉCNICO**, informe a área de atuação

() Ouvidoria () Outra:

Contatos do participante 2

E-mail

Telefone

Celular

	()	()
--	-----	-----

PARTICIPANTE 3

Nome completo

--

Cargo

() Gestor () Técnico

Se **TÉCNICO**, informe a área de atuação

() Ouvidoria () Outra:

Contatos do participante 3

E-mail

Telefone

Celular

	()	()
--	-----	-----

Para preenchimento **EXCLUSIVO** da Comissão Organizadora

Encaminhado Ofício de confirmação do Gestor? () SIM () NÃO

Confirmado em / / 2013, por () e-mail () fax () telefone