**FORMULÁRIO DE PRÉ-INSCRIÇÃO\***

**I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DAS MULHERES**

**DATA: 12/04/2017 (Período Integral) LOCAL: Espaço de Formação Lúdio Martins Coelho**

**SEMED – Rua Onicieto Severo Monteiro,460 – Vila Margarida**

**TEMA: DESAFIOS PARA INTEGRALIDADE COM EQUIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Dados Pessoais** | *Use letra de forma legível* |
| Nome: |
| 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: ( ) Conselheiro ( ) Coordenador do Conselho  |
| Pertence a alguma Instituição: ( )SIM ( )NÃO Qual?: |
| Outros:  |
| **Formação** |
| *Assinale a* ***maior titulação****, especificando o* ***curso*** *quando necessário.* |
| ( ) Ensino Fundamental (1ª-9ª) | ( ) Completo | ( ) Incompleto |
| ( ) Ensino Médio (1ª- 3ª) | ( ) Completo | ( ) Incompleto |
| ( ) Ensino Superior | ( ) Completo | ( ) Incompleto | **Curso:**  |
| ( ) Pós-Graduação | ( ) Especialização | ( ) Mestrado | ( ) Doutorado |
| **Curso:**  |
| **Qual dos Eixos você gostaria de participar?** |
| **( ) Eixo I: O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres****( ) Eixo II: O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres.** **( ) Eixo III: Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres.****( ) Eixo IV: Políticas públicas para as mulheres e a participação social.**  |
| **Expectativas** |
| **“O que você espera desta I Conferência Municipal de Saúde da Mulher do Município de Campo Grande”?** |
|  |
|  |

Enviar as informações ao:

***Conselho Municipal de Saúde – CMS***

***Serviço de Apoio ao Controle Sociale Gestão Participativa***

 ***A/C Simone/Wanderléia***

# Avenida Madri, n. 324 – Vila Alba – Campo Grande/MS

*CEP: 79100-430 Fone/Fax: (67) 3314-3347 ou 3314 9965 e-mail: 1cmsmulher@gmail.com*

*Favor enviar até as 12:00hs do dia 10/04/2017 Impreterivelmente*