



Capital Nacional das Flores



11ª Conferência
Nacional de
ASSISTÊNCIA SOCIAL
5 a 8 de dezembro de 2017



Deus abençoe o nosso trabalho

DECRETO Nº 1254/2017

FERNANDO FIORI DE GODOY, Prefeito Municipal da Estância Turística de Holambra, Estado de São Paulo, em conjunto com a Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social, no uso de suas atribuições e, considerando a necessidade de avaliar e propor diretrizes para a implementação da Política de Assistência Social no Município,

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a **XI Conferência Municipal de Assistência Social**, a ser realizada **no dia 06 de Julho de 2017, com início as 13h00 e término as 17h00, no Salão da Terceira Idade**, à Rua Muscaris, nº 99, Bairro Morada das Flores, Holambra - SP, tendo como tema central: "Garantia dos Direitos e Fortalecimento SUAS".

Art. 2º As despesas decorrentes da aplicação deste Decreto, correrão por conta de dotação própria do orçamento do órgão gestor municipal de assistência social.

Art. 3º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Estância Turística de Holambra, 14 de Junho de 2017.


FERNANDO FIORI DE GODOY
Prefeito de Holambra


DANIELA ALVES
Presidente do CMAS



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE HOLAMBRA

AL. MAURICIO DE NASSAU, 444 – FONES (019) 3802-8000 - CEP – 13825-000 – HOLAMBRA – SP
C.N.P.J. 67.172.437/0001-83 – www.holambra.sp.gov.br

Capital Nacional das Flores



11ª Conferência Nacional de ASSISTÊNCIA SOCIAL
3 a 8 de dezembro de 2017



Deus abençoe o nosso trabalho

ANEXO I

FICHA CREDENCIAMENTO DOS PARTICIPANTES DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MUNICÍPIO:

Município : Holambra

ESTADO: São Paulo

DATA: ____/____/____.

IDENTIFICAÇÃO	REPRESENTAÇÃO	FONE	E-MAIL	CATERGORIA DE PARTICIPAÇÃO
Nome	() Gov*			() Delegado
Numero de Identidade	() Nao Gov**			() Convidado
Órgão ou Entidade que representa:				() Observador

* Governamental

**Nao Governamental



Capital Nacional das Flores



11ª Conferência
Nacional de
ASSISTÊNCIA SOCIAL
3 a 8 de dezembro de 2017



Deus abençoe o nosso trabalho

ANEXO II FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DELEGADOS PARA A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, PARA EFETIVAR A INSCRIÇÃO DO DELEGADO(A).

I - IDENTIFICAÇÃO DO(A) DELEGADO(A)

Representação: Governamental ()

Sociedade Civil: Usuário ou organização de usuários ()

Entidades prestadoras de serviço ()

Trabalhadores da área ()

E Delegado: Titular () Suplente ()

Órgão/Entidade que representa: _____

Cargo/função que exerce: _____

Tempo de atuação na área da Política de Assistência Social: _____

Participou:

- () XI Conferência Estadual de Assistência Social
- () X Conferência Estadual de Assistência Social
- () IX Conferência Estadual de Assistência Social
- () VIII Conferência Estadual de Assistência Social
- () VII Conferência Estadual de Assistência Social
- () VI Conferência Estadual de Assistência Social
- () V Conferência Estadual de Assistência Social
- () IV Conferência Estadual de Assistência Social
- () III Conferência Estadual de Assistência Social
- () II Conferência Estadual de Assistência Social
- () I Conferência Estadual de Assistência Social

II - DADOS PESSOAIS DO(A) DELEGADO(A)

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Documento de Identidade: _____

Telefone para contato: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: () Fundamental () Médio () Superior () Pós Graduação

Formação: _____

Área de Atuação: _____

III – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O delegado tem alguma deficiência? () Sim () Não

Necessita de serviços especiais?

() Sim () Não

Especificar: _____

Assinatura do(a) Delegado(a) _____

Assinatura do(a) Presidente do CMAS _____



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE HOLAMBRA

AL. MAURICIO DE NASSAU, 444 – FONES (019) 3802-8000 - CEP – 13825-000 – HOLAMBRA – SP
C.N.P.J. 67.172.437/0001-83 – www.holambra.sp.gov.br

Capital Nacional das Flores



11ª Conferência Nacional de ASSISTÊNCIA SOCIAL
de 8 a 10 de dezembro de 2017



Deus abençoe o nosso trabalho

**ANEXO III
AVALIAÇÃO**

Conferência Municipal de Assistência Social

(Local, data de 2017)

Caro(a) participante da Conferência Municipal de Assistência Social, solicitamos que manifeste sua opinião, em relação a este importante evento da assistência social, respondendo ao questionário de avaliação. Sua opinião é de extrema importância para o aperfeiçoamento das futuras conferências a serem realizadas pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Secretaria Municipal de Assistência Social.

Nome: _____

Município: _____ /Estado: _____

Condição de participação: () Delegado(a) () Observador(a) () Convidado(a)

Para responder aos itens abaixo pedimos que utilize a escala que varia de 0 (péssimo) a 10 (excelente).

BLOCO I - INFRAESTRUTURA	
Manifestação de todos os participantes	
Itens	notas
1. Local de realização da Conferência (facilidade de acesso, segurança etc.)	
2. Qualidade das instalações físicas do local de realização (plenária, salas de grupos e oficinas) no que refere a iluminação, som, acústica, temperatura, mobiliário, acessibilidade etc.	
3. Qualidade do material distribuído nas pastas.	
4. Credenciamento.	
5. Atuação da equipe de coordenação (acolhida, solução de problemas etc.).	
6. Qualidade da alimentação oferecida no local do evento.	
Observações:	
Manifestação dos Delegados representantes da sociedade civil	
Itens	notas
1. Qualidade da hospedagem oferecida.	
2. Qualidade do transporte oferecido.	
3. Qualidade da alimentação oferecida no local do evento.	
4. Alimentação oferecida no local do evento.	
Observações:	
BLOCO II - PROGRAMACAO	
PAINÉIS	
Itens	notas
1. Cumprimento do horário da programação	
2. Temas abordados	
3. Tempo destinado ao debate	