

LOGO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO
“Encontro Nacional para Avaliação do Testar e Tratar e seus impactos no SUS”
VALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO PARA PARTICIPANTE

LOCAL/DATA

EU _____

RG _____ CPF _____

RESIDENTE _____ NO

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ ESTADO _____

INTEGRANTE DA (ONG, GRUPO, REDE OU SERVIÇO) _____

COM CARGO E/OU FUNÇÃO DE _____

DESENVOLVENDO ATIVIDADES EM IST/AIDS/HEPATITES VÍRAIS TAIS
COMO _____

Telefone: _____ e-mail: _____

ASSUMIMOS COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DE PARTICIPAR DO
3º SUSAids Vidda de 02 a 04/11/17 na cidade do Rio de Janeiro sob a
coordenação do Grupo Pela Vidda-RJ www.pelavidda.org.br . Caso não
consiga viabilizar meu transporte comunicarei até 16/10/17, não
acarretando ônus para o respectivo Encontro.

Nome do/a participante /CPF/ assinatura

Nome do/a responsável /CPF /assinatura