



## CAPACITAÇÃO

ÓRGÃO REQUISITANTE:

NOME DO REQUISITANTE DO EVENTO E RESPONSÁVEL:

**DEPARTAMENTO:**

DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: | | BÁSICA | | MÉDIA | | ALTA  
| | DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
| | ÁREA DE VIGILÂNCIA SÓCIOASSISTENCIAL | | ÁREA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

**EVENTO:**

| | CURSO | | SEMINÁRIO | | PALESTRA | | OUTROS:

ESPECIFIQUE:

TÍTULO DO EVENTO:

OBJETIVO(S):

CONTEÚDO(S) ABORDADO(S):

PÚBLICO ALVO:

Nº DE PARTICIPANTES:

LOCAL DO EVENTO:

DATA:

PERÍODO:

CARGA HORÁRIA:

Nº DE ENCONTROS:

NOME E MINI-CURRÍCULO DO PALESTRANTE / INSTRUTOR / FACILITADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO EVENTO