

## RELATÓRIO DA ATIVIDADE PRESTADA AO CONSELHO DE FONOAUDIOLOGIA

**Nome:**

**Cargo:** ( ) Conselheiro(a) ( ) Assessor(a) ( ) Colaborador(a) ( ) Funcionário(a)

**Data/período:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (um dia) **OU** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mais de um dia)

**Tipo de subsídio:** ( ) Diária – Qtde: \_\_\_ ( ) Auxílio representação – Qtde:

**Adicional de deslocamento:** ( ) Sim ( ) Não

**Tipo de prestação de serviço:** ( ) Congresso ou similar ( ) Evento ( ) Outro:

**Local:**

**Cidade:**

**Estado:**

**Tipo de público ou pessoas presentes à reunião/evento:**

**Objetivo:**

**Relato das atividades:**

**Resultados obtidos:**

**Necessidade de novo encontro:** ( ) Sim ( ) Não

**Previsão do novo encontro:** Quando? \_\_\_\_\_ Por que? \_\_\_\_\_

**Data:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_