

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: _____