

RELATÓRIO DA ATIVIDADE PRESTADA AO CONSELHO DE FONOAUDIOLOGIA

Nome: _____

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

Data/período: ☐ __/__/__ ☐ __/__/__ a __/__/__

Tipo de subsídio: ☐ Diária Qtd: _____ ☐ Auxílio representação Qtd: _____

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: ☐ Sim, porque _____ ☐ Não

Data: __/__/__

Assinatura: _____