

**GT CIF**

**Ficha de inscrição**

**Enviar para o e-mail: gtcif@sbfa.org.br**

**Nome:**

**Telefone (whatsapp):**

**E-mail (preferência gmail):**

**Associado (a) da SBFa? ( ) sim ( ) não**

**Saúde coletiva ( )**

**Linguagem ( )**

**Audição ( )**

**Motricidade Orofacial ( )**

**Educacional ( )**

**Voz ( )**

**Disfagia ( )**

**Você tem conhecimento sobre a CIF:**

**( ) sim ( ) não**

**Você trabalha com a CIF?**

**( ) sim ( ) não**

**Se a resposta foi sim:**

**Com pesquisa ( )**

**No serviço ( )**

**Como gestora ( )**

**Como trabalhadora ( )**

**Controle Social ( )**

**Qual sua expectativa com o GT:**

**Conhecimento ( )**

**Desenvolver experiências ( )**

**Aplicação da CIF ( )**

**Outros comentários:**