# FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, CARAVANA DO CONHECIMENTO.

[ ]  **Declaro que li e concordo com as regras estabelecidas abaixo.**

**1. Identificação do Solicitante, Agente Representante Regional:**

Nome Completo:        RG:       Formação:

Representa alguma Instituição de Ensino?

Não [ ]  Sim [ ]  Qual:

Telefone: **( )**        e ramal:       Telefone Cel.: **( )**

E-mail:

Cidade solicitada para realização do evento:      Estado:

Data sugerida para realização do evento:

**2. Responsabilidades do Agente Representante Regional:**

|  |
| --- |
| 🗸 Conceder o Espaço/Auditório com capacidade de até 200 lugares, dispondo de audiovisual, Datashow e Wi-FI:Endereço Completo do Espaço/Auditório:         Indique a capacidade total do Espaço/Auditório:       🗸 Ficar responsável pela logística do translado dos palestrantes no trajeto (IDA e VOLTA) do aeroporto/hotel e do hotel/local do evento e vice e versa. 🗸 Ficar responsável pela DIVULGAÇÃO na região do evento, junto ao público alvo, tais como, profissionais da área, docentes e acadêmicos da área, hospitais, clínicas e parceiros.  |

**3. Parcerias**

**FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS PARCEIROS**

**Exemplo: Participação no desenvolvimento do evento, apoio financeiro e recebimento de inscritos. Os parceiros poderão propor a participação por meio de propostas de cotas de patrocínio com a aquisição de estandes e distribuição de folders no evento.**

Existem parceiros externos na região para o apoio ao Evento?

**[ ]**  Não **[ ]**  Sim

**IDENTIFICAÇÃO DOS POSSÍVEIS PARCEIROS;**

NOME DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO/HOSPITAL OU CLÍNICA:

**1**

Telefone: **( )**       e ramal:       E-mail:

Participação:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2**

Telefone: **( )**       e ramal:       E-mail:

Participação:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3**

Telefone: **( )**       e ramal:       E-mail:

Participação:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**4**

Telefone: **( )**       e ramal:       E-mail:

Participação:

**4. Caracterização do Evento**

|  |
| --- |
| **Público – Alvo: Alunos do ensino superior e técnico, Instituições “públicas e privadas”, egressos e profissionais da área de imagem, parceiros, sindicatos da categoria, Conselho de Classe, hospitais e clínicas da Região e etc. Num cenário otimista, espera-se a participação de 200 pessoas no período de realização do evento.**  |

 Informe o Público – Alvo da sua Região?

**Justificativa: *O Instituto Cimas de Ensino mantém a missão de levar ao país conhecimento sobre a importância das profissões da área de Diagnóstico Por Imagem. A Caravana do Conhecimento é uma oportunidade única de conhecer profissionais renomados que são especialistas em Diagnósticos Por Imagens, gerando uma troca de conhecimento, técnicas e experiências.***

Informe a sua Justificativa como Agente Regional Solicitante?

**Formulário de solicitação encaminhado para análise,**

**no dia**      **de**       **2018.**

Preenchimento do quadro abaixo é exclusivo da Diretoria Geral do Instituto Cimas de Ensino.

Em breve o Agente Representante receberá a devolutiva:

# Parecer da Diretoria do Instituto Cimas de Ensino.

**[ ]** Recomenda-se a aprovação, mediante ao atendimento das pendências, abaixo relacionadas.

Observações:

**[ ]** REPROVADO.

Encaminhe-se: Data:    **/**   **/2018.**

**Diretoria Geral do Grupo Cimas.**