



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
COORDENADORIA DE COOPERAÇÃO SOCIAL

**EDITAL PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE
COOPERAÇÃO SOCIAL PARA DESENVOLVIMENTO TERRITORIALIZADO –
CSDT/ FIOCRUZ - 01/2009**

VALIDAÇÃO DA PROPOSTA DO PROJETO - 2009

(Para uso exclusivo da Direção da Unidade da FIOCRUZ onde está lotado o proponente)

Título do projeto: _____

Unidade: _____

Diretor(a): _____

Data: _____

Assinatura e carimbo do Diretor(a)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO

TÍTULO DO PROJETO

--

RESUMO (máximo de 10 linhas, tamanho fonte 10)

--

EIXO DE ATUAÇÃO

- Educação, Comunicação e Cultura
 Trabalho, Renda e Solidariedade
 Território e Saúde

ÁREA GEOGRÁFICA

Estado:

Município:

Bairro(s):

Lugar (s):

Comentário:

PROPONENTE DO PROJETO (Responsável pela gestão dos recursos - enviar curriculum de uma página em anexo)

Nome do profissional:

Formação:

Unidade da Fiocruz:

Endereço Institucional:

Telefone(s):

Fax

Endereço eletrônico (*e-mail*):

COORDENADOR DO PROJETO (enviar curriculum de uma página em anexo)

Nome do profissional:

Formação:

Unidade da Fiocruz (se for o caso):

Endereço Institucional:

Telefone(s):

Fax:

Endereço eletrônico (*e-mail*):



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DA(S) ORGANIZAÇÃO(ÕES) PARCEIRA(S), CASO HAJA (Se houver mais de três instituições parceiras, incluir seus dados em folha anexa.) (Os grupos da Sociedade Civil não institucionalizados ficam isentos de informar CNPJ)

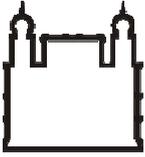
1 - Nome da instituição:			
CNPJ:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone(s):		Fax:	
Endereço eletrônico (e-mail):		Página da Internet:	
Nome completo do responsável:			
Telefones (incluindo celular e fax):		Endereço eletrônico (e-mail):	
2 - Nome da instituição:			
CNPJ:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone(s):		Fax:	
Endereço eletrônico (e-mail):		Página da Internet:	
Nome completo do responsável:			
Telefones (incluindo celular e fax):		Endereço eletrônico (e-mail):	
3 - Nome da instituição:			
CNPJ:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone(s):		Fax:	
Endereço eletrônico (e-mail):		Página da Internet:	
Nome completo do responsável:			
Telefones (incluindo celular e fax):		Endereço eletrônico (e-mail):	

DADOS DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DO PROJETO (enviar curriculum de uma página em anexo)

Nome	Formação	Instituição	e-mail

ANTECEDENTES DO PROJETO (informar ações anteriores, se houver, que relacionam o Projeto à população participante e/ou ao eixo de atuação, no máximo 15 linhas)

--



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

POPULAÇÃO PARTICIPANTE

População envolvida / beneficiada (caracterizar e quantificar):

Número de pessoas envolvidas / beneficiadas diretamente no projeto:

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Justificativa (máximo 1 página):

Objetivo Geral:

Objetivos Específicos:

Metodologia (ênfase em metodologia participativa - máximo 1 página):

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A INTERSETORIALIDADE

ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE/DESDOBRAMENTOS

