**INFORMATIVO- CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF)**

A **Sociedade Brasileira de Toxina Botulínica e Implantes Faciais - SBTI**, ciente da realidade que assolam as vítimas de violência doméstica, de exploração sexual e de exploração laboral, bem como transsexuais, pessoas em situação de vulnerabilidade, entre outros, estabeleceu parceria com a **Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude- ASBRAD** para realizar de forma conjunta a campanha solidária denominada “CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF), visando trazer de volta a autoestima a essas vítimas.

A campanha se dará de forma que cada curso de especialização na área de harmonização orofacial, a ser ministrado pelos membros associados da SBTI, bem como por profissionais membros que tenham interesse de participar da campanha, realizem atendimento ambulatorial gratuito a pessoas vítimas de violência doméstica e pessoas em situação de vulnerabilidade.

Para colocar em prática essa campanha precisamos de cooperação dos cursos de especialização na área de Harmonização Orofacial e membros da SBTI, assim, será possível devolver a autoestima e melhorar a qualidade de vida a um número maior de pessoas vítimas de violência e/ou em situação de vulnerabilidade.

**FICHA DE INSCRIÇÃO- CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| **Curso:** |
| **Coordenador:** |
| **Telefone:** |
| **E-mail:** |
| **ENDEREÇO** |
| **Rua:** |
| **Nº Bairro:** |
| **Cidade/UF:** |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
| **Números de Alunos:** |
| **Números de vagas para doação:** |
| **DECLARAÇÃO** |
| **Declaro**, para os devidos fins, que o curso de especialização na aérea de Harmonização Orofacial acima descrito, tem interesse de participar da “CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF)”.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021 |
| **Assinatura** |

**FICHA DE INSCRIÇÃO- CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF)**

**MEMBROS/ ASSOCIADOS DA SBTI**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| **Nome:** |
| **RG: CPF:** |
| **Telefone:** |
| **E-mail:** |
| **ENDEREÇO PROFISSIONAL** |
| **Rua:** |
| **Nº Bairro:** |
| **Cidade/UF:** |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
| **Números de vagas para doação:** |
| **DECLARAÇÃO** |
| **Declaro**, para os devidos fins, que tenho interesse de participar da “CAMPANHA DE SORORIDADE NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL (HOF)”.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021 |
| **Assinatura** |