

ANEXO 3

PARECER TÉCNICO DA COORDENAÇÃO/GESTOR MUNICIPAL

PROJETO – ONG/OSC - 2017

Dados de identificação

Título do projeto: _____
Instituição Proponente: _____
Nome do Coordenador do Projeto: _____
End.: _____
Telefone: () _____ E-mail: _____
Instituição Resp. pelo Parecer: _____
Responsável pelo Parecer: _____
Telefone de contato () _____ E-mail: _____

Cite três pontos fortes do Projeto:

Cite três pontos fracos do Projeto:

Relevância do Projeto:

Local e data

Carimbo e assinatura

Este parecer deverá ser encaminhado, pelo responsável por sua emissão, [digitalizado, para pedstaid@gmail.com](mailto:pedstaid@gmail.com) c/c para prevencaodstaidpe@gmail.com ou entregue em mãos no Programa Estadual de DST/Aids, com endereço à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi, de acordo com o prazo estabelecido no calendário do Edital.