**Anexo I**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Secretaria de Estado da Saúde****Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde** **Diretoria da Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes**Ficha de Inscrição |
| **INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO*** Preencher todos os campos da ficha de inscrição com letra de forma;
* No campo tipo de servidor, os (as) participantes que forem servidores (as) estaduais cedidos para o município, deverão marcar a opção “servidor estadual”;
* O (a) participante que possuir formação de nível técnico ou superior (completo ou incompleto) deverá especificar o curso no campo “especificar curso”;
* O (a) participante deverá assinar a ficha de inscrição, bem como sua chefia imediata, pois só serão efetivadas inscrições constando as assinaturas solicitadas.
 |
| EVENTO: | PROCESSO SELETIVO PARA DOCENTES DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM URGENCIA E EMERGENCIA PEDIATRICA |
| Responsável pelo Evento: ETSUS/GES |
| Período: **27 de abril A 05 de maio de 2017** | Local: PALMAS/TO |
| **1. DADOS PESSOAIS** |
| NOME |  | SEXO: 🞎 MASC. 🞎 FEM. |
| NECESSIDADE ESPECIAL: SIM NÃO | QUAL? |
| ENDEREÇO: |  |
| CEP: |  | CIDADE: |  | ESTADO: |  |
| TEL. RES |  | CEL: |  | E-MAIL: |  |
| RG |  | ORG. EXP.: |  | CPF: |  |
| DADOS BANCÁRIOS: | BANCO: |  | N° CONTA |  | AG.: |  |
| **2. DADOS PROFISSIONAIS** |
| 🞏 SERVIDOR PÚBLICO |
| ÓRGÃO: |  | LOTAÇÃO: |  |
| TIPO DE SERVIDOR | 🞎 MUNICIPAL 🞎 ESTADUAL 🞎 FEDERAL |
| TIPO DE VÍNCULO | 🞎 EFETIVO 🞎 NOMEADO 🞎 CONTRATADO |
| CARGO |  | MATRÍCULA |  | FUNÇÃO |  |
| TEL. PROF. |  | FAX: |  | E-MAIL: |  |

|  |
| --- |
| 1. **DADOS ACADÊMICOS**
 |
| ENSINO FUNDAMENTAL🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO | ENSINO MÉDIO🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO | ENSINO SUPERIOR🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO |
| ESPECIFICAR GRADUAÇÃO:  |
| PÓS-GRADUAÇÃO: 🞏 ESPECIALIZAÇÃO 🞏 MESTRADO 🞏 DOUTORADOÁreas:  |
| TIPO DE PARTICIPAÇÃO | 🞏 PARTICIPANTE 🞏 MEDIADOR 🞏 COORDENADOR  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE |

✂

|  |  |
| --- | --- |
| EVENTO:  |  |
| NOME DO INSCRITO: |  | Nº DE INSCRIÇÃO: |
| SUPERINTENDÊNCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO**

Declaro que o servidor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, está liberado para atuar como docente do do Curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com duração de \_\_\_\_\_\_/horas/aula (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) que será realizado no período de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_\_\_turmas, no(s) município(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro ainda que a presente liberação está em consonância com o disposto na Portaria SESAU n° 292 de 18 de março de 2014, publicada no DOE nº 4.101 de 04 de abril de 2014 e Portaria SESAU n° 1220 de 25 de setembro de 2014, publicada no DOE nº 4.228 de 06 de outubro de 2014.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_.**

 Local/ data.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinatura da Chefia imediata, carimbo e matrícula).

**Obs.: o documento deve ser em papel timbrado.**

**ANEXO III**

**MODELO DO CURRÍCULO**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II – Formação Acadêmica:**

* - Certificados ou Diplomas que comprovem a sua formação acadêmica.

**III – FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:**

* Cursos de Atualização, Aperfeiçoamento e de Pós Graduação, em áreas relacionadas com a área de saúde proposta no Edital.

**IV - HISTÓRICO PROFISSIONAL:**

* Experiência Profissional na área de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Certificados, declarações com temporalidade, contracheque, carteira de trabalho...)

**V- EXPERIÊNCIA DOCENTE:**

* Cursos que participou como docente (Nome do curso, Instituição, carga horária, data).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura

 (Declarações com temporalidade, certificados, etc.)