# Anexo I

**Nº de Inscrição:**

|  |  |
| --- | --- |
| logo | **Secretaria de Estado da Saúde****Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde 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 DE SELEÇÃO PARA DOCENTES DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM DIREITO SANITÁRIO |
| Responsável pelo Evento: **Comissão de Seleção – Portaria SES/GABSEC nº 354 de 23 de maio de 2017.** |
| Período:  | Local: **SGPES/ETSUS** |
| **1. DADOS PESSOAIS** |
| NOME |  | SEXO: 🞎 MASC. 🞎 FEM. |
| 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: |
| DIRETORIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |