**ANEXO I**

**Nº de Inscrição:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo | | | | | | | | | | **Secretaria de Estado da Saúde**  **(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)**  **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 DOCENTE DO CURSO DE ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA E NEONATAL EM FISIOTERAPIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSÁVEL PELO EVENTO: **ETSUS/GES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERÍODO: **27 DE SETEMBRO A 06 DE OUTUBRO DE 2017** | | | | | | | | | | | | | | | | LOCAL: PALMAS/TO | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO PRETENDIDO: **DOCENTE ESPECIALISTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. DADOS ACADÊMICOS** | | | |
| ENSINO FUNDAMENTAL  🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO | | ENSINO MÉDIO  🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO | ENSINO SUPERIOR  🞏 COMPLETO 🞏 INCOMPLETO |
| ESPECIFICAR GRADUAÇÃO: | | | |
| PÓS-GRADUAÇÃO: 🞏 ESPECIALIZAÇÃO 🞏 MESTRADO 🞏 DOUTORADO  Áreas: | | | |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | |