



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis
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 Tutores e Coordenador (a) do Curso de Vigilância e Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.**

Responsável pelo Evento: DVDTNT/GPSANT

Período: Local: PALMAS/TO

1. DADOS PESSOAIS

NOME						SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO:						
CEP:		CIDADE:		ESTADO:		
TEL. RES		CEL:		E-MAIL:		
RG		ORG. EXP.:		CPF:		
DADOS BANCÁRIOS:	BANCO:		Nº CONTA		AG.:	

2. DADOS PROFISSIONAIS

SERVIDOR PÚBLICO

ÓRGÃO:		LOTAÇÃO:			
TIPO DE SERVIDOR	<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> FEDERAL		
TIPO DE VÍNCULO	<input type="checkbox"/> EFETIVO	<input type="checkbox"/> NOMEADO	<input type="checkbox"/> CONTRATADO		
CARGO		MATRÍCULA		FUNÇÃO	
TEL. PROF.		FAX:		E-MAIL:	

3. DADOS ACADÊMICOS

ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO	ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO	ENSINO SUPERIOR <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO	
ESPECIFICAR GRADUAÇÃO: _____			
PÓS-GRADUAÇÃO:	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MESTRADO	<input type="checkbox"/> DOUTORADO
Áreas: _____			
TIPO DE PARTICIPAÇÃO:	<input type="checkbox"/> PARTICIPANTE	<input type="checkbox"/> MEDIADOR	<input type="checkbox"/> COORDENADOR

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA

ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

EVENTO:		
NOME DO INSCRITO:		
SUPERINTENDÊNCIA _____ /ATS _____		