

ANEXO I



**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 de inscrição: _____ 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

<input type="checkbox"/> 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 _____	