



ANEXO I

SECRETARIA DA SAÚDE		TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO		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					
<ul style="list-style-type: none"> 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 deverá assinar a ficha de inscrição, bem como sua chefia imediata, pois só serão efetivadas inscrições constando as assinaturas solicitadas. 					
EVENTO:		Processo Seletivo Para Coordenador (a) do Curso em Notificação De Violência Interpessoal e Autoprovocada			
Responsável pelo Evento: SES/SVS/ DVTNT/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:		N° 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		ENSINO MÉDIO		ENSINO SUPERIOR	
<input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO		<input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO		<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 _____					