**ANEXO IV**

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)**

|  |  |
| --- | --- |
| logo | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)****CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)** |
| NOME PROCESSO EDUCACIONAL: |  |
| **PERÍODO**: |
| Início: \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | Término: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |
| CARGA HORÁRIA:  |  | CIDADE/LOCAL DE REALIZAÇÃO: |  |
| SUPERINTENDÊNCIA RESPONSÁVEL: |  |
| Controle de Frequência e Certificação (condensado) |
| **NOME COMPLETO** | **AVALIAÇÃO** | **CARGA HORÁRIA** | **CERTIFICAÇÃO** |
| APTO | INAPTO | + DE 75% | - DE 75% | SIM | NÃO |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| **DOCENTES OU CORRELATOS** |
| Obs.: Quando houver mais de 01 docente ou correlato no Processo Educacional, estes serão certificados pelo quantitativo de horas e temas trabalhados, observado o disposto no artigo 2º desta portaria. |
| **NOME** | **TEMA TRABALHADO** | **DATA** | **HORÁRIO** |
| Nome completo do docente | Temática que foi trabalhada pelo referido docente | Data da realização da atividade | Ex.: 14h às 18h |
|  |  |  |  |
| **ASSINATURAS COM CARIMBO** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Técnico Responsável | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura da Gerência Responsável | Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ |