



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 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 Enfrentamento à Violência e Acidentes					
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:		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 _____							