



## 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 <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b>	
<b>INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preencher todos os campos da ficha de inscrição com letra de forma;</li> <li>No campo tipo de servidor, os (as) participantes que forem servidores (as) estaduais cedidos para o município, deverão marcar a opção "servidor estadual";</li> <li>O (a) participante que possuir formação de nível técnico ou superior (completo ou incompleto) deverá especificar o curso no campo "especificar curso";</li> <li>O (a) participante deverá assinar a ficha de inscrição, bem como sua chefia imediata, pois só serão efetivadas inscrições constando as assinaturas solicitadas.</li> </ul>					
EVENTO:		<b>Curso de Enfrentamento à Violência e Acidentes</b>			
Responsável pelo Evento: DVDTNT/GPSANT					
Período:			Local: PALMAS/TO		
<b>1. DADOS PESSOAIS</b>					
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.:
<b>2. DADOS PROFISSIONAIS</b>					
<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:	
<b>3. DADOS ACADÊMICOS</b>					
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 _____					