**ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (candidato)** | | | |
| NOME DO CANDIDATO: (não abreviar) | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL  Rua/Av.:  Bairro: Cidade: UF:  CEP: | | | |
| E-mail: | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE: | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | LOCAL: |
| CURSO PRETENDIDO: | | | |
| CANDIDATO ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre | | | |
| **ATENÇÃO**: O CANDIDATO NÃO SELECIONADO DEVERÁ RETIRAR SEUS DOCUMENTOS JUNTO À COORDENAÇÃO DO CURSO ONDE SE INSCREVEU, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A INSCRIÇÃO, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA 2ª VIA DESTA FICHA, SOB PENA DE DESCARTE DO MESMO.  **DECLARO ESTAR CIENTE DAS CONDIÇÕES DO PRESENTE PROCESSO DE SELEÇÃO PARA OS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO SENSU* E SUA BASE LEGAL. DECLARO TAMBÉM, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.** | | | |
| DATA DA INSCRIÇÃO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |  | ASSINATURA DO CANDIDATO: | |
| RESERVADO/UFNT  ASSINATURA DO SERVIDOR:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ CÂMPUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**ANEXO II – MODELO DE COMPROVANTE DE ATUAÇÃO NA GESTÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA**

**(Fazer em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína)**

MODELO

**DECLARAÇÃO**

Eu, **Nome completo do chefe imediato/superintendente**, portador(a) do RG nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e inscrito(a) no CPF sob o nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, ocupante do cargo de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, declaro, para os devidos fins, que o(a) servidor(a) **Nome completo do servidor**, portador(a) do RG nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrito(a) no CPF sob o nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, ocupa o cargo de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**na Secretaria Municipal de Saúde e estará liberado(a) do serviço para participar, **nos dias de aulas**, do **Curso de Especialização em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão em Saúde**, **desde que comprove sua frequência na folha de ponto**.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Cidade, Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do chefe imediato/superintendente]  
[Nome completo do declarante]