**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]