

ANEXO II

Secretaria Estadual de Saúde
Superintendência Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

CRENCIAMENTO DE DOCENTES, ORIENTADORES,
INSTRUTORES E CONSULTORES

Formulário de Credenciamento

CÓDIGO						
Preencher abaixo o código de formação e áreas de conhecimento de seu interesse, conforme edital nº 002/2017						
Graduação	Nível Técnico		Área de Conhecimento			

I – IDENTIFICAÇÃO

Dados Pessoais

Nome: _____

Sexo () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

Identidade: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ FAX: _____

e-mail: _____

Dados Bancários

Banco: _____) _____ Agência: _____ C/C: _____

Dados Profissionais

Instituição em que trabalha: _____

Cargo/ Função: _____

PIS/PASEP: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Possui vínculo empregatício com a Secretaria de Estado de Saúde? () Sim () Não

Possui vínculo empregatício municipal, estadual, federal ou aposentado de alguma destas esferas?
() Sim () Não

II – FORMAÇÃO

Nível	Formação (Cite a titulação)	Ano de Conclusão
Técnico nível médio		
Graduação/Tecnólogo		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		
Pós-Doutorado		

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

III – EXPERIENCIA DOCENTE (NA ÁREA DA SAUDE) NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Sim Não

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

IV – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (NA ÁREA DA SAÚDE) NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Sim Não

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

V – PARTICIPAÇÃO EM BANCAS EXAMINADORAS OU ORIENTAÇÕES DE TRABALHO CIENTÍFICO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Sim Não

(*)Anexar cópia dos documentos comprobatórios

VI – PRODUÇÃO CIENTÍFICA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Sim Não

(*)Anexar cópia dos documentos comprobatórios

VII – ATIVIDADES ATUAIS

Descrever as atividades profissionais atuais desenvolvidas.

Local e Data

Assinatura