ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (ENFERMEIRO)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/GP/PMSSBV/2020

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião da Boa Vista - PA.

NOME DO CANDIDATO *(Letra de forma)* _____

_____, CPF: _____

RG._____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO:_____/_____/_____SEXO: _____

ESTADO CIVIL:_____NACIONALIDADE:_____

VAGA/HABILITAÇÃO:_____

ENDEREÇO: *(Rua)*		Nº
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE:

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Superior na área. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Residência Multi ou UNI.	Certificado em Residencia Multi na Área da Saúde	Máximo 1 (um) curso.
3. Curso de *stricto sensu*, (Doutorado) na área de saúde.	Comprovante de Curso de Doutorado na Área de Saúde.	Máximo 1(um) curso.
4.Curso *stricto sensu* (Mestrado) na área da saúde	Comprovante de Curso stricto sensu (Mestrado) na Área de Saúde.	
5. Curso *lato sensu* (Pós Graduação).	Comprovante de Curso lato sensu (Pós Graduação) na Área de Saúde.	
6. Outros Cursos	Certificado ou Declaração de Conclusão de Cursos na área da saúde	
7.Experiência profissional	Comprovante de Experiência na área (Órgão Público; Empresa Privada; Prestação de Serviço.)	