

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

EDITAL N.º 10/2016

ANEXO VII – COMPROVANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTOS QUANDO DA COMPROVAÇÃO DA  
HABILITAÇÃO DE CURRÍCULO

Eu \_\_\_\_\_, candidato(a) ao Banco de Colaboradores (modalidade Bolsa de Extensão Tecnológica) da Diretoria da Educação Profissional em Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará, com o número de inscrição \_\_\_\_\_, reconheço que é de minha exclusiva responsabilidade o teor das informações apresentadas e que os documentos pontuados por mim no ANEXO IV são verdadeiros e válidos na forma da lei, identificados pelos subitens correspondentes à formação acadêmica e profissional e organizadas na ordem sequencial dos subitens que se apresentam no Quadro de Pontuação do referido ANEXO num total de \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ folhas, que compõem este currículo padronizado, para fins de atribuição de pontos de conformidade com a análise dos títulos/experiência pela banca examinadora, com vistas à classificação no certame quando da minha convocação.

**1. Que os documentos exigidos no subitem 8.4, I são verdadeiros e válidos na forma da lei, são cópias autenticadas e que os documentos exigidos no subitem 8.4, II são cópias verdadeiras e válidas na forma da lei.**

**2. Certificados exigidos para comprovação da formação acadêmica (sempre da menor titulação para maior Ex. Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós Doutorado).**

Item	Detalhar documentação entregue de acordo com os subitens			
<b>CURRÍCULO ACADÊMICO</b>				
1	(Descrição completa dos documentos entregues e pontuados – Título do documento, Data de participação, carga horária e tempo e etc.)	Valor máximo**	Valor pretendido*	Valor obtido**
<b>CURRÍCULO PROFISSIONAL</b>				
2	(Descrição completa dos documentos entregues e pontuados – Título do documento, Data de participação, carga horária e tempo e etc.)	Valor máximo**	Valor pretendido*	Valor obtido**
<b>TOTAL GERAL DA PONTUAÇÃO</b>				

\* Campo a ser preenchido pelo candidato (colocar “00” quando não houver pontuação).

\*\* Campos de preenchimento exclusivo do DIEPS.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da área