

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

EDITAL N.º 11/2016

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

Eu _____, candidato(a) a 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 | | | |
|---------------------------------|---|----------------|-------------------|----------------|
| CURRÍCULO ACADÊMICO | | | | |
| 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** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| CURRÍCULO PROFISSIONAL | | | | |
| 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** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL GERAL DA PONTUAÇÃO | | | | |

* 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