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

EDITAL N.º 18/2016

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

Eu _____,candidato(a) ao Banco de Colaboradores (modalidade Bolsa de Extensão Tecnológica) da Diretoria da Educação Profissional em Saúde(DIEPS) 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 no ANEXO IV por mim 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			
1	**CURRÍCULO ACADÊMICO**			
	(Descrição completa dos documentos entregues e pontuados – Título do documento, Data de participação, carga horária e período e etc.)	**Valor máximo****	**Valor pretendido***	**Valor obtido****
2	**CURRÍCULO PROFISSIONAL**			
	(Descrição completa dos documentos entregues e pontuados – Título do documento, Data de participação, carga horária e período 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