| | | |
|---|---|---|
| | **ESTADO DE RONDÔNIA**<br>**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MONTE NEGRO**<br>**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO EM ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS-SEGAFIN**<br>**COMISSÃO DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO** | |

# ANEXO IV – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – NIVEL SUPERIOR

| | |
|---|---|
| **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**<br>CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE<br>**CARGO PRETENDIDO:**_____ | **FICHA DE INSCRIÇÃO:**_____<br>**EDITAL Nº. 015/2017** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOME DO CANDIDATO:<br>_____CPF:_____<br>DATA DE NASCIMENTO:____/____/_____ IDADE:_____ RG:_____ÓRGÃO EXPEDIDOR:_____ | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | Nº. |
| BAIRRO: | MUNICIPIO: | UF: | TELEFONE | E-MAIL: | |
| GRAU DE ESCOLARIDADE: | ESPECIFICAR O CURSO: | ( )COMPLETO<br>( )INCOMPLETO | | CTPS: | SÉRIE |
| NATURALIDADE: | UF: | NACIONALIDADE: | | ESTADO CIVIL: | |
| REQUERER INSCRIÇÃO COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS? ( ) SIM – ( )NÃO | | | | | |

| **TITULOS** | | **ESQUEMA DE PONTUAÇÃO** | | **AVALIAÇÃO (RESERVADO À COMISSÃO DE AVALIAÇÃO – NÃO PREENHER)** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **REQUISITOS** | **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA** | **PONTOS UNITÁRIOS** | **PONTUAÇÃO MÁXIMA** | **TITULOS ENTREGUES*** | **TITULOS OBTIDOS*** |
| a) Escolaridade/Graduação Superior e/ou Certificação de Especialista | Habilitação em nível superior com diploma devidamente registrado em curso superior reconhecido pelo MEC e registro no respectivo conselho de classe | 10 (dez) pontos. Máximo uma Graduação | 10 (dez) pontos. | | |
| | Segunda Graduação concluída em carreira afim | 2 (dois) pontos | 2 (dois) pontos. | | |
| c) Cursos de Pós Graduação/Especialização | Certificado de Conclusão em curso de Pós Graduação/Especialização, com carga horária mínima de 360 horas, na área do cargo escolhido que não seja o mesmo apresentado para atender o requisito anterior. | 2 (dois) pontos por curso *Máximo de 2 (dois) cursos.* | 4 (quatro) pontos. | | |
| d) Mestrado | Certificado de conclusão ou Diploma em curso de Mestrado | 1 (um) ponto | 1 (um) ponto | | |
| e) Doutorado | Certificado de conclusão ou Diploma em curso de Doutorado | 1 (um) ponto | 1 (um) ponto | | |
| e) Cursos | Participação em cursos na área da saúde com carga horária mínima de 40 horas | 2 (dois) pontos para cada curso *Máximo de 2 (dois) cursos.* | 4 (quatro) pontos | | |
| | Participação em treinamentos, Palestras, Conferências ou Seminários na área da Saúde, carga horária mínima de 16 horas. | 2 (dois) pontos para cada curso *Máximo de 2 (dois) cursos.* | 4 (quatro) pontos | | |
| TOTAL | | | **26 PONTOS** | | |

## DECLARAÇÕES DO CANDIDATO

CONSIDERANDO o disposto no Art. 37, inciso XVI da Constituição Federal Declaro que:
( ) Possuo Vinculo empregatício com Órgão Público ou Empresa Estatal.
( ) Não possuo vínculo empregatício com Órgão Público ou Empresa Estatal.
Órgão Público: _____, Cargo: _____, Carga horária: _____, Semanais.
Empresa Estatal: _____, Cargo: _____, Carga horária: _____, Semanais.

**Declaro**, ainda, que estou ciente das normas do **Edital nº. 015/2017 de 14 de agosto de 2017**, e que no momento da minha inscrição para concorrer a uma vaga de _____**,** apresento o meu Currículo e demais documentos exigidos.

| | |
|---|---|
| _____**, em:**_____/_____/_____<br>**Local** **data** | **Assinatura o candidato (a):** |

OBSERVAÇÕES*: (espaço reservado às anotações da Comissão)*

**Atenção**: **1.** Não será aceito inscrição com documentação incompleta e/ou que não atenda aos requisitos de avaliação constantes deste Edital.