**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO E CURRÍCULO PROFISSIONAL**

Poderão ser acrescentados, se necessário, outros aspectos, de acordo com a formação e/ou publicação do candidato.

Esta ficha DIGITADA e os documentos digitalizados deverão ser anexados ao e-mail em documento único, em PDF.

Documentos ou arquivos encaminhados como imagem NÃO serão homologados.

**CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**1 . DADOS PESSOAIS**

1.1 Nome completo:

1.2 Filiação:

1.3 Nacionalidade:

1.4 Naturalidade:

1.5 Data de nascimento:

1.6 Estado civil:

**2. IDENTIFICAÇÃO**

2.1 Carteira de Identidade:

2.1.1 Órgão expedidor:

2.2 CPF:

2.3 Registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN):

2.4 Número PIS/PASEP:

2.5 Título de Eleitor:

2.5.1 Zona e Seção:

2.6 Nº Reservista:

2.7 Endereço Residencial:

2.7.1 Bairro:

2.7.2 Cidade e CEP:

2.8 Endereço Eletrônico:

2.9 Telefone residencial:

2.10 Telefone celular:

2.11 Telefone para recados:

2.12 WhatsApp:

**3. FORMAÇÃO EM NÍVEL MÉDIO**

3.1 Curso:

3.2 Instituição de Ensino:

3.3 Ano de Conclusão:

**4. GRADUAÇÃO**

4.1 Curso:

4.1.1 Instituição de Ensino:

4.1.2 Semestre em curso:

4.1.3 Ano de Conclusão:

**5. ESPECIALIZAÇÃO** (na área em nível de Pós-Graduação *lato sensu*)

5.1 Curso:

5.1.1 Instituição de Ensino:

5.1.2 Semestre em curso:

5.1.3 Ano de Conclusão:

**6. CURSOS E EVENTOS** (Participação em congressos, seminários, simpósios ou outros eventos, na área da saúde, com 40 (quarenta) horas ou mais.

6.1 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

6.2 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

6.3 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

**7. CURSOS E EVENTOS** (Participação em congressos, seminários, simpósios ou outros eventos, na área da saúde, com carga horária de 20 a 39 horas)

7.1 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

7.2 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

7.3 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

**8. CURSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL** (Informática: Word, Excell, PowerPoint)

8.1 Espécie:

Instituição:

Período:

Carga Horária:

Ano:

**9.** CURSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

9.1 Instituição:

Período:

Carga Horária:

10. CURSO DE APH (Atendimento Pré-Hospitalar)

10.1 Instituição:

Período:

Carga Horária:

**11. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA FUNÇÃO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM, EM MESES**

11.1 Instituição:

Período:

Carga Horária:

11.2 Instituição:

Período:

Carga Horária:

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, sob as penas da Lei.

Boa Vista do Cadeado/RS, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**ANEXO II**

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome, qualificação civil do candidato e número do Registro no Conselho Profissional), DECLARA, para fins de inscrição no Processo Seletivo Simplificado para a contratação na Função Temporária de Técnico em Enfermagem no Município de Boa Vista do Cadeado, que as informações prestadas na ficha de inscrição e contidas nos documentos comprobatórios são autênticas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato