**ANEXO II**

FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. NOME:** | | | | **2. SEXO: M ( ) F ( )** | |
| **3. C. IDENTIDADE:** | **4. ÓRGÃO EXPED.:** | | **5. NASCIMENTO:** | | **6. CPF:** |
| **7. ENDEREÇO:** | | | | | |
| **8. BAIRRO:** | | **9. CEP.:** | | **10. MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:** | |
| **11. FONE:** | | **12. E-MAIL:** | | | |
| **13. ESCOLARIDADE:**  ( ) ENSINO FUND ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO  ( ) ENSINO MÉDIO ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO  ( ) ENSINO SUP. ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO  ( ) GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **14. PÓS-GRADUAÇÃO:** | | |
| **15. NECESSITA DE ATENDIMENTO**  ESPECIAL: ( ) SIM ( ) NÃO  QUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **16. CARGO/FUNÇÃO:** | **17. MAT. FUNCIONAL:** | | **18. LOCAL DE LOTAÇÃO:** | | |
| **19. DATA DE ADMISSÃO:** | | | | | |
| **20. MUNICÍPIO ONDE TRABALHA:** | | | | | |
| **21. SITUAÇÃO FUNCIONAL:** ( ) EFETIVO ( ) TEMPORÁRIO ( )CARGO COMISSIONADO | | | | | |

**TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL**

Este Termo de Compromisso Individual assegura o direito ao servidor de participar do curso: **CURSO DE QUALIFICAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE,** oferecido pela Escola Técnica do SUS “Dr. Manuel Ayres" – ETSUS/PA.

O Participante deverá cumprir o mínimo de 75% de frequência no curso/capacitação/oficina citado acima, mediante comprovação em lista de frequência, resguardando direito de apresentar atestado médico para justificar falta, do contrário fica impedido de receber certificado.

Município, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Participante |