**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **NOME:** | | | | | 1. **SEXO: M ( ) F ( )** | |
| 1. **C. IDENTIDADE:** | 1. **ÓRGÃO EXPED.:** | | 1. **NASCIMENTO:** | | | 1. **CPF:** |
| 1. **ENDEREÇO:** | | | | | | |
| 1. **BAIRRO:** | | 1. **CEP.:** | | 1. **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:** | | |
| 1. **FONE:** | | 1. **E-MAIL:** | | | | |
| 1. **ESCOLARIDADE:**   ( ) ENSINO FUND ( ) COMPLETO ( )INCOMPLETO  ( ) ENSINO MÉDIO ( ) COMPLETO ( )INCOMPLETO  ( ) ENSINO SUP. ( ) COMPLETO ( )INCOMPLETO  ( ) GRADUAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | 1. **PÓS-GRADUAÇÃO:** | | | |
| 1. **NECESSITA DE ATENDIMENTO ESPECIAL: ( ) SIM ( ) NÃO**   **QUAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| 1. **CARGO/FUNÇÃO:** | 1. **MAT. FUNCIONAL:** | | 1. **LOCAL DE LOTAÇÃO:** | | | |
| 1. **DATA DE ADMISSÃO:** | | | | | | |
| 1. **MUNICÍPIO ONDE TRABALHA:** | | | | | | |
| 1. **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 FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR E INTENSIVA,** 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

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO**

Declaro que o (a) servidor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dos municípios da Região de Saúde Metropolitana I e Prefeitura Municipal de Belém \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tem disponibilidade para participar do Curso Fundamentos de Odontologia Hospitalar e Intensiva com liberação para cumprir a carga horária de 30 horas semanais.

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

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

Carimbo e assinatura da chefia imediata

**Obs. Fazer a declaração com a logomarca do município de origem.**

**ANEXO IV**

**TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR**

A Escola Técnica do SUS do Pará “Dr. Manuel Ayres” e o (a) Secretário (a) de Saúde do Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ celebram entre si o presente TERMO DE COMPROMISSO que estabelece as condições que regerão a participação dos profissionais da área da Saúde para a realização do Curso Fundamentos de Odontologia Hospitalar e Intensiva.

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** Este Termo de Compromisso assegura o direito profissionais da saúde, área de Educação Permanente, Atenção Primária, profissional da Educação ou do Conselho/Usuário (Controle Social), ofertado pela ETSUS/PA.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Fica a Secretaria Municipal de Saúde responsável em prover todas as facilidades e estímulos para os candidatos participarem e concluírem o curso, sala de aula com computadores, acesso à internet, inclusive o almoço e o deslocamento para os candidatos da zona rural;

**CLÁUSULA TERCEIRA**: Fica a Secretaria Municipal de Saúde ciente de que uma vez inscrito e iniciado o Curso, o candidato deverá cumprir o mínimo de 75% de frequência, mediante comprovação em lista de frequência, resguardando direito de apresentar atestado médico para justificar falta, do contrário fica impedido de receber o certificado no final do curso.

**CLÁUSULA QUARTA:** A ETSUS-PA compromete-se a promover toda a infraestrutura pedagógica necessária para a realização do curso.

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

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

NOME DO SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE