

## ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – PSS 006/20019

### CURRICULUM VITAE SIMPLIFICADO

#### CONCORRER ÀS VAGAS DE:

( ) ODONTÓLOGO

( ) MÉDICO GINECOLOGISTA

( ) MÉDICO GENERALISTA PERG

#### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_  
(sem abreviaturas)

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### CAPACIDADE TÉCNICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

(Informe a experiência profissional adquirida no exercício de atividades que tenham relação com a área de conhecimento da seleção em que está fazendo inscrição)

Experiência profissional atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Informar a instituição, período trabalhado e tipo de atividade)

Experiência profissional anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Informar a instituição, período trabalhado e tipo de atividade)



**GRAU DE INSTRUÇÃO:**

**Ensino Fundamental:** \_\_\_\_\_  
( Instituição e Ano de Conclusão)

**Ensino Médio:** \_\_\_\_\_  
( Instituição e Ano de Conclusão)

**Nível Técnico:** \_\_\_\_\_  
( Instituição e Ano de Conclusão)

**Ensino Superior:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( Instituição e Ano de Conclusão)

**Pós Graduação/Especialização:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( Instituição e Ano de Conclusão)

**Participação em atividades de atualizações, capacitação, oficinas, seminários, congresso: ( de relevância para esta seleção)**

01. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

02. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

03. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

04. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

05. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

06. \_\_\_\_\_  
Nome / Instituição / Carga Horária:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



### **DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO.**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, declaro ter a disponibilidade de \_\_\_\_\_ horas semanais, podendo  
efetuar trabalho externo, bem como a execução de tarefas nos sábados, domingos e feriados, à  
noite e em locais desabrigados, conforme a necessidade da Secretaria de Município da Saúde, para  
exercer as atividades do cargo de \_\_\_\_\_.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Ass: \_\_\_\_\_