



ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSO DE *ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DO TRABALHADOR* PREFEITURA MUNICIPAL DE COLÍDER/SMS-Colíder/CEREST-Norte/ESPMT

Nome:

Pai:
Mãe:

Endereço:
Bairro: CEP: Cidade:
Telefone residencial com DDD: Telefone celular com DDD:
Telefone institucional com DDD: E-mail:

Sexo: () M () F	Data Nascimento: ____/____/____	Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Outros
-------------------	---------------------------------	--

RG: Órgão Expedidor: Data: CPF:

Instituição de Origem:	Vínculo: () CLT () Estatutário () Outros
------------------------	---

Unidade de Lotação:	Área de Atuação/Função:
---------------------	-------------------------

Formação Acadêmica:	Ano Conclusão:
---------------------	----------------

Possui Outro (s) Curso (s) Pós-Graduação <i>lato sensu</i> ?	() Sim () Não	1)	Ano Conclusão:
		2)	Ano Conclusão:

Possui Outro (s) Curso (s) Pós-Graduação <i>stricto sensu</i> ?	() Sim () Não	Mestrado, área:	Ano Conclusão:
		Doutorado, área:	Ano Conclusão:

Local: Data: Assinatura:

_____ (MT), _____ de _____ de 2014.

Assinatura: _____



ANEXO V – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ portador(a)
do CPF N.º _____, **D E C L A R O** estar ciente das condições
de oferta do **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DO
TRABALHADOR**, ofertado pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE COLIDER**, por meio
da Secretaria Municipal de Saúde/Centro Regional de Referência em Saúde do
Trabalhador de Colíder - **CEREST NORTE**, em parceria com a Escola de Saúde
Pública do Estado de Mato Grosso- **ESPMT**, que será desenvolvido no período de
2014 - 2016, em regime modular e presencial, no período diurno, conforme Calendário
Escolar, e comprometo-me, em caso de desistência não justificada, restituir do
investimento do referido curso, conforme estabelecido no item 13. da “Desistência” no
Edital nº. 002/2014 de Seleção.

_____ (MT), _____ de _____ de 2014.

Nome por extenso e assinatura



ANEXO IV – DECLARAÇÃO

Eu, _____
portador(a) do CPF N.º _____, **D E C L A R O** não ter
recebido benefício de financiamento, através de recursos públicos, para cursos de
Pós-Graduação *Lato Sensu* nos últimos dois anos.

_____ (MT), _____ de _____ de
2014.

(Nome e Assinatura)



ANEXO II – LIBERAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____
portador(a) do CPF N.º _____, Gestor Municipal de Saúde
do município de _____, UF _____, **D E**
C L A R O estar ciente da matrícula do Servidor(a)
_____ no **CURSO DE**
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DO TRABALHADOR, ofertado pela
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLIDER, por meio da Secretaria Municipal de
Saúde/Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de Colíder - **CEREST**
NORTE, em parceria com a **Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso-**
ESPMT, que será desenvolvido no período de 2014 - 2016, em regime modular no
período diurno, conforme Calendário Escolar, e comprometo-me a prover as condições
de liberação do referido Servidor dos seus encargos funcionais para a sua integral
frequência às atividades curriculares, conforme consta no Edital de Inscrição do
respectivo curso.

_____ (MT), _____ de _____ de 2014.

Assinatura/Carimbo



ANEXO III – TERMO DE COMPROMISSO E DISPONIBILIDADE

Eu, _____
portador(a) do CPF N.º _____, **D E C L A R O** estar ciente das condições de oferta do **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DO TRABALHADOR**, ofertado pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE COLIDER**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde/Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de Colíder - **CEREST NORTE**, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso- **ESPMT**, que será desenvolvido no período de 2014 - 2016, em regime modular e presencial, no período diurno, conforme Calendário Escolar, e **DECLARO** ter disponibilidade para a frequência em todas as atividades curriculares, conforme as condições declaradas no respectivo Edital de Inscrição.

_____ (MT), _____ de _____ de 2014.

(Nome e Assinatura)