



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EDITAL Nº 04/2015 - SMA

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
EMPREGO A QUE CONCORRE: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Nº DE DOCUMENTOS AFERÍVEIS	DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO	RESERVADO À COMISSÃO DE CONCURSO
() Curso de aperfeiçoamento e/ou atualização na área que concorre com mínimo de 40 horas de duração atesta- do nos últimos 05 anos. (até 03 cursos)		
() Atuação em Projetos Comunitários por período superior a um (hum) ano, com comprovação (até 02 participações)		
() Participação em palestras ou eventos relativos à Saúde Bucal. (até 02 participações)		
() Experiência comprovada em Unidade Básica de Saúde da Família por período superior a um (hum) ano. (até 03 anos)		
() Experiência comprovada na área com período superior a um ano. (até 02 anos)		

As informações deste formulário conferem com a documentação contida no envelope lacrado, em anexo e são de minha inteira responsabilidade.

Volta Redonda, ____ de ____ de 2015

Assinatura do Candidato

RECIBO DE ENTREGA	
NOME DO CANDIDATO:	Nº DE INSCRIÇÃO:
EMPREGO A QUE CONCORRE: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Volta Redonda, ____ de ____ de 2015	
_____ Assinatura do Funcionário da FEVRE	