



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO I

CURRÍCULO PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

() **CARGO** _____

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Nome completo: _____

1.2 Filiação: _____

1.3 Nacionalidade: _____

1.4 Naturalidade: _____

1.5 Data de Nascimento: _____

1.6 Estado Civil: _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Carteira de Identidade e órgão expedidor: _____

2.2 Cadastro de Pessoa Física – CPF: _____

2.3 Título de Eleitor _____ Zona: _____ Seção: _____

2.4 Número do certificado de reservista: _____

2.5 Endereço Residencial: _____

2.6 Endereço Eletrônico: _____

2.7 Telefone residencial e celular: _____

2.8 Outro endereço e telefone para contato ou recado: _____

2.9 Registro no Conselho Regional da formação acadêmica(para Coordenador do Programa
ACESSUAS Trabalho Psicólogo): _____



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

3. ESCOLARIDADE

3.1 ENSINO FUNDAMENTAL

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____

3.2 ENSINO MÉDIO (completo)

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____

3.3 ENSINO SUPERIOR (completo)

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____

3.4 PÓS-GRADUAÇÃO

Completo

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____

3.5 - MESTRADO

Completo

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

3.6 - DOUTORADO

Completo

Instituição de Ensino: _____

Ano da conclusão: _____

**4. CURSOS COMPLEMENTARES REALIZADOS DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E
CURSOS TÉCNICOS :**

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Data de início: _____ Data da conclusão: _____

Carga horária: _____



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5.Experiência na área administrativa e/ou atendimento a público (comprovada mediante declaração, atestado, contrato,cópia da CTPS)

Local	Documento Apresentado	Tempo Trabalhado em Anos

DECLARO, para os devidos fins, que estou entregando fotocópia da documentação referente a **escolaridade, título (s) citado (s) e comprovante (s) de experiência:**

_____, _____ de _____ de 2018

(nome e assinatura)