

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS**

**MÉDICO I - CLÍNICA MÉDICA/INFECTOLOGIA/SAÚDE PÚBLICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NÚMERO DO EDITAL: 33/2020**

Nome: \_\_\_\_\_ Inscrição: \_\_\_\_\_

**Graduação**

Escola \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

**Pós Graduação - Cursos Completos**

Mestrado \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

Doutorado \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

**Especialização - Igual ou superior a 6(seis) meses na área do edital (Não será pontuado residência médica)**

Curso: \_\_\_\_\_

Ministrado por: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Ministrado por: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

**Experiência Profissional na área do edital (Não será pontuado estágios e residência médica)**

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

**Participação em Eventos (Congressos, Simpósios e Jornadas Médicas)**

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Ouvinte \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Ouvinte \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_

Participação:  Apresentação de Trabalho \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Apresentação de Trabalho \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**Publicações em Revistas Especializadas**

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Data da entrega: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO**

**MÉDICO I - CLÍNICA MÉDICA/INFECTOLOGIA/SAÚDE PÚBLICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NÚMERO DO EDITAL: 33/2020**

Recebi de \_\_\_\_\_ Inscrição nº \_\_\_\_\_ a Ficha de  
Avaliação de Títulos acompanhada dos comprovantes rubricados e numerados de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
pelo candidato.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_  
Serviço de Seleção e Desenvolvimento

**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS**

O preenchimento da ficha de avaliação de títulos deve ser feito seguindo estritamente o disposto no **Esquema de Valorização dos Títulos, constante no Anexo III do Edital de Abertura do Concurso Público.**

Demais orientações quanto a documentação a ser entregue constam no Capítulo que trata dos **Títulos e seu Julgamento.**

Não serão aceitos comprovantes que não guardem relação com as atribuições da função conforme disposto no ANEXO III do Edital.

Anexar às fotocópias dos comprovantes seguindo a ordem da Ficha de Avaliação de Títulos.

Todos os comprovantes deverão ser rubricados e numerados pelo candidato obedecendo ordem crescente de numeração.

Não encadernar e não colocar os comprovantes em pastas, pois na entrega será feita a conferência e os documentos serão grampeados juntamente com a Ficha de Avaliação de Títulos.

**O protocolo que acompanha a ficha de avaliação de títulos deve ser impresso em folha separada.**

Qualquer dúvida entrar em contato no Serviço de Seleção do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto nos telefones (16) 3602-2227, 3602-2168 e 3602-2707 .