

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

MÉDICO I - NEUROLOGIA/NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA PARA ATUAR JUNTO AO CIREP

NÚMERO DO EDITAL: 1/2024

Nome: _____ Inscrição: _____

Graduação

Escola _____ Conclusão: _____

Pós Graduação - Cursos Completos

Mestrado	_____	Conclusão:	_____
Doutorado	_____	Conclusão:	_____

Especialização - (Não será pontuado neste item a Residência Médica e também o “treinamento especializado comprovado em eletroencefalografia e neurofisiologia clínica”, que é pré-requisito para inscrição). Cursos com duração igual ou superior a 6 (seis) meses

Curso:	_____		
Ministrado por:	_____	Duração:	_____
Curso:	_____		
Ministrado por:	_____	Duração:	_____

Experiência Profissional na área do edital (Não concomitante com a 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: _____
Empresa:	_____	Área de trabalho
Admissão:	_____	Desligamento: _____

Participação em Eventos (Congressos, Simpósios e Jornadas Médicas)

Evento:	_____	Ínicio	_____
Participação:	<input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:	_____
Evento:	_____	Ínicio	_____
Participação:	<input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:	_____
Evento:	_____	Ínicio	_____
Participação:	<input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:	_____
Evento:	_____	Ínicio	_____
Participação:	<input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:	_____

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 - NEUROLOGIA/NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA PARA ATUAR JUNTO AO CIREP

NÚMERO DO EDITAL: 01/2024

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 .