

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

**ATAS - PSICÓLOGO para atuar na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP**  
**NÚMERO DO EDITAL: 43/2024**

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

### Graduação

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

### Pós Graduação - Cursos Completos

Mestrado	_____	Conclusão:	_____
Doutorado	_____	Conclusão:	_____
Doutorado Direto	_____	Conclusão:	_____

### Aprimoramento Profissional em Psicologia ou Residência Multiprofissional

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

### Curso de Especialização reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) com carga horária mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas ou Título de Especialização em Psicologia da Saúde/Hospitalar conferido pelo Conselho de Classe

Curso:	_____		
Ministrado por:	_____	Duração:	_____

### Experiência comprovada como Psicólogo Hospitalar ou em Instituições de Saúde de Urgência e Emergência

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:	_____

### Publicações e/ou participação em eventos (cursos, jornadas, simpósios, congressos, palestras, seminários e outros) relacionados à área de Psicologia nos últimos 05 (cinco) anos

Evento:	_____		Início	_____
Área:	_____	Duração:	_____	Término
Evento:	_____		Início	_____
Área:	_____	Duração:	_____	Término
Evento:	_____		Início	_____
Área:	_____	Duração:	_____	Término

Evento:			Início	
Área:		Duração:	Término	
Evento:			Início	
Área:		Duração:	Término	
Evento:			Início	
Área:		Duração:	Término	

**Atividade Docente ou de Supervisão de Estágio na área da Psicologia da Saúde/Hospitalar**

Empresa:			Início	
Atividade:		Duração:	Término	
Empresa:			Início	
Atividade:		Duração:	Término	

**Outros cursos relacionados à área específica da Psicologia da Saúde/Hospitalar**

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

Data da entrega:	
Recebido por:	

\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

---

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO**

**ATAS - PSICÓLOGO para atuar na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP**

**NÚMERO DO EDITAL: 43/2024**

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 .