

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

MÉDICO I -

NÚMERO DO EDITAL:

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: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:		Término	
--	----------	--	---------	--

Evento: _____	Início	
---------------	--------	--

Participação: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:		Término	
--	----------	--	---------	--

Evento: _____	Início	
---------------	--------	--

Participação: <input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:		Término	
---	----------	--	---------	--

Evento: _____	Início	
---------------	--------	--

Participação: <input type="checkbox"/> 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 -
NÚMERO DO EDITAL:

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 .