

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS									
MÉDICO I - Área de Pediatria Hospitalista									
NÚMERO DO EDITAL: 53/2024									
Nome:					Inscrição:				
Graduação									
Escola					Conclusão:				
Pós Graduação - Cursos Completos									
Mestrado					Conclusão:				
Doutorado					Conclusão:				
Especialização - (Não será considerada a Residência Médica)									
Curso de extensão universitária, aperfeiçoamento técnico e outros, com duração igual ou superior a 6 (seis) meses, relacionados às áreas de atuação definidas neste Edital.									
Curso:									
Ministrado por:					Duração:				
Curso:									
Ministrado por:					Duração:				
Experiência Profissional comprovada, na área do Edital, não concomitante com 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:				
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:					Início				
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 - Área de Pediatria Hospitalista

NÚMERO DO EDITAL: 53/2024

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 .

|