**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I – Dados da Função do Inscrito | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1 - Função:** | | | | | **2 – Município:** | | | | | | | | | | | | |
| **II - Dados Pessoais** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3 – Nome Completo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4 - RG: (N.º e Órgão Emissor)** | | | | **5 - Data Emissão RG:**  **/ /** | | | | | | **6 – CPF:** | | | | | | | **7 – Data Nasc,:**  **/ /** |
| **8 – PIS/PASEP/NIT:** | | | | **9 - Naturalidade:** | | | | | | | | | | | | **10 - Sexo:**  Masc. Fem**.** | |
| **11 – Nome do Pai:** | | | | | | **12 – Nome da Mãe:** | | | | | | | | | | | |
| **13 – Portador de Necessidades Especiais:**  Sim Não **Se sim, qual?** | | | | | | **14 – CID:** | | | | | | | | | | | |
| **III - Dados Complementares I (Contato)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15 - Endereço (Rua, AV, etc.):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16 - Número:** | **17 - Complemento:** | | | | | | | **18 - Bairro:** | | | | | | | | | |
| **19 - Cidade:** | | | | | | | | | | | **20 - UF:** | | | | **21 - CEP:** | | |
| **22 - Fone 1:**  **( )** | | | **23 - Fone 2 (Recado):**  **( )** | | | | | | | | | **24 – Fone 3 (celular):**  **( )** | | | | | |
| **25 – e-mail:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV - Dados Complementares II (Formação)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **26 – Nível de Instrução:**  Médio GraduadoPós-GraduadoEspecialistaMestreDoutorPós-Doutorado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **27 – Formação (Curso):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **28 – Instituição:** | | | | | | | | | | | | | | **29 – Ano de Conclusão:** | | | |
| **30 – Experiência Profissional e Trabalho Atual:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV - Dados Complementares III (Endereço Profissional)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31 – Endereço (Rua, AV, etc.):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32 – Número:** | | **33 - Complemento** | | | | | | | **34 – Bairro:** | | | | | | | | |
| **35 – Cidade:** | | | | | | | **36 – UF:** | | | | | | **37 – CEP:** | | | | |
| **38- Fone:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Trajetória de atuação no SUS e atual função que está exercendo** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A sua intenção em realizar o curso de Atualização em Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas - CASMAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data: / / 2017.

***Assinatura do Candidato****)*