

ESPAÇO UNIVERSITÁRIO CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELA BAIRRO ININGA- TERESINA-PI – CEP 64.049-550 CNPJ: 07.501.328/0001-30

FONE: (86) 3215-5931 / 3237-1379

E-MAIL: sesu.fadex@gmail.com
SITE: fundacaofadex.org

FICHA DE INSCRIÇÃO AO PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE APOIO ADMINISTRATIVO/SECRETÁRIO (A) PARA O CRR-UFPI - 2ª EDIÇÃO

| DADOS PESSOAIS Nome Completo: | | Nº Inscrição |
|--------------------------------|---|--------------|
| | | |
| Sexo: () Feminino () Mascu | ulino | |
| Data de Nascimento:/ | / | |
| Naturalidade: | Nacionalidade: | |
| Estado Civil: | | |
| Filiação: | | |
| CPF: | Identidade: | Expedição:// |
| Endereço Residencial: | | |
| (| Cep: Cidade: | UF: |
| Fones (DDD): | | |
| Celular (DDD): | E-mail: | |
| | CLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE I | |
| | , Inscrito (a) no | |
| • | ninistrativo/secretário (a) para executar as atividades exigidas no e | |
| Local: | Data:// | |
| | | |
| | Assinatura | |



ESPAÇO UNIVERSITÁRIO CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELA BAIRRO ININGA- TERESINA-PI – CEP 64.049-550 CNPJ: 07.501.328/0001-30

FONE: (86) 3215-5931 / 3237-1379

E-MAIL: sesu.fadex@gmail.com
SITE: fundacaofadex.org

ANÁLISE DO CURRÍCULO

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA TABELA

O(a) candidato(a) deverá preencher a coluna "número de pontos atribuídos". Os itens serão avaliados conforme as informações constantes no currículo.

A Comissão Examinadora não reclassificará a indicação feita pelo(a) candidato(a) para a pontuação dos títulos. Eventuais perdas de pontos por indicação equivocada serão de responsabilidade do(a) candidato.

| ITEM | Pontos | Nº de Pontos Atribuídos | Pontuação do revisor |
|---|--------|----------------------------|----------------------|
| Participação anterior em projeto ou trabalho com profissionais de políticas públicas ou consumidores de substâncias psicoativas | 50 | | |
| Experiência em organização de eventos | 10 | | |
| Inserção em atividades de extensão | 10 | | |
| Atividades de suporte técnico- administrativo na área da saúde pública | 10 | | |
| Disponibilidade temporal | 20 | | |
| TOTAL | | | |

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES

| Eu, | , |
|-------------------------------------|---|
| Portador(a) do CPF Nº | , Inscrito (a) no Processo Seletivo de Contratação |
| temporária de apoio administra | ativo/secretário (a) para o CRR - 2ª edição, declaro, para fins |
| de Prova junto à comissão de seleçã | ão, que as informações apresentadas em meu são verdadeiras. |
| Declaro que estou ciente de que | e, na hipótese de prestar falsas informações, estarei sujeito à |
| Desclassificação. | |
| Local: | Data:/ |
| | |
| | |
| | Assinatura |