

**CURRÍCULO PARA PROCESSO SELETIVO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Nome completo: _____

1.2 Data de Nascimento: _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Carteira de Identidade e órgão expedidor: _____

2.2 Cadastro de Pessoa Física – CPF: _____

2.5 Endereço Residencial: _____

2.6 Endereço Eletrônico: _____

2.7 Telefone residencial e celular: _____

2.8 Outro endereço e telefone para contato ou recado: _____

3. ESCOLARIDADE

3.1 Curso _____

Instituição de Ensino: _____

Ano de conclusão: _____

4. CURSOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DE SAÚDE

ESPECIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO UNITÁRIA	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Graduação na área de Enfermagem, concluída.	10 pontos	10 pontos
Pós-Graduação lato sensu, especialização, na área de Saúde Pública e/ou Saúde Mental, concluída.	10 pontos	10 pontos
Participação em cursos / monitorias / estágios, na área de formação, com duração a partir de 20 horas, realizados nos últimos 5 anos.	5 pontos	20 pontos
Experiência profissional na área, empresa privada.	2 pontos por ano	10 pontos (5 anos)
Experiência profissional na área, na rede pública.	6 pontos por ano	30 pontos (5 anos)
Experiência profissional na área de Saúde Mental (serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS)	5 pontos por ano	20 pontos (4 anos)
TOTAL		100 PONTOS

4.1 Graduação na área de Enfermagem, concluída (10pts):

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Ano de conclusão: _____

4.2 Pós-Graduação Lato Sensu, na área de Saúde Pública e/ou Saúde Mental, concluída. (10pts):

Curso / área: _____

Instituição de Ensino: _____

Ano de conclusão: _____

4.3 Cursos, monitorias, estágios na Área, com duração a partir de 20horas - (5pts cada):

Local: _____

Período: _____

Local: _____

Período: _____

Local: _____

Período: _____

Local: _____

Período: _____

4.4 ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA- EMPRESA PRIVADA (2 pt por ano):

Local: _____

Período: _____

4.5 ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA– REDE PÚBLICA (6 pt por ano):

Local: _____
Período: _____

4.6 ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA– SAÚDE MENTAL (5 pt por ano):

Local: _____
Período: _____

Local: _____
Período: _____

Local: _____
Período: _____

Local: _____
Período: _____

Local e Data: _____

Assinatura do Candidato(a)