**COMPROVANTE DE ENTREGA DE TÍTULOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Candidato** |  | | | |
| **Nº Inscrição** |  | **Cargo** |  | |
| **ESPECIFICAÇÃO DO TÍTULO** | | | | **QTDE DE FOLHAS** |
| Tempo de serviço público prestado à Administração Pública, a razão de 0,5 (meio) ponto por na o trabalhado, contados até 30.04.2019. | | | |  |
| Conclusão de curso de pós-graduação, latu senso, em nível de Especialização na área de saúde com carga horária mínima de 360 horas. | | | |  |
| Conclusão de curso de pós-graduação, em nível de Mestrado. | | | |  |
| Conclusão de curso de pós-graduação, em nível de Doutorado. | | | |  |
| Certificado de atualização, treinamento e aperfeiçoamento realizados com validade a partir da **data de 31/12/2015**, na área de formação, com o somatório de todas as cargas horárias, **dividindo-se** pelo coeficiente **40** e **multiplicando** por **0,25**.  **Somente serão aceitos certificados com carga horária mínima de 20 horas.** | | | |  |
| **TOTAL DE FOLHAS ENTREGUES** | | | |  |

* Os documentos inerentes aos títulos deverão estar autenticados em cartório ou por servidor da administração pública, contendo carimbo, com nome e cargo.
* Este formulário deverá ser entregue em 01 (uma) via.
* Os documentos entregues deverão ser numerados pelos candidatos.

Alcinópolis/MS, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato