



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica - Seleção 2015/1

Nº da Inscrição: _____

Preenchimento exclusivo da CPS/FEPECS

Vaga a que concorre: Nº

Nome do candidato: _____

Matrícula SES nº: _____ Carga horária semanal de trabalho nesse vínculo

efetivo: _____ CPF nº: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefones Celular: _____ Comercial: _____

Residencial: _____ E-mail: _____

CARREIRA MÉDICA NA SES/DF

Especialista em: _____

LOTAÇÃO SES/DF:

Unidade de Saúde/SES

Local de Execução das Atividades Funcionais

Nome da Chefia Imediata: _____

Telefone da Chefia Imediata: _____

ESCALA DE TRABALHO:

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

Declaro conhecer os termos constantes do Edital do Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – Seleção 2015/1, aceitando todas as normas e condições nele estabelecidas.

Brasília-DF, ____/____/____.

Assinatura do Candidato ou Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



DECLARAÇÃO DE CÓPIA AUTÊNTICA - Processo Seletivo para Preceptorias dos Programas de Residência Médica - Seleção 2015/1

Eu, _____,
Matrícula SES nº _____, portador do CPF nº _____,
concorrente ao Processo Seletivo para Preceptorias dos Programas de Residência Médica – Seleção 2015/1, declaro, para efeito da Prova de Títulos, que todos os comprovantes anexados ao Formulário de Pontuação são cópias autênticas dos originais.

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO DE CHEFIA, COMISSIONADA OU DE NATUREZA ESPECIAL NA SES/DF - Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica – Seleção 2015/1

Eu, _____,

Matrícula SES nº _____, portador do CPF nº _____, concorrente ao Processo Seletivo para Preceptoría dos

Programas de Residência Médica – Seleção 2015/1, declaro, que não exerço função de chefia, função comissionada ou função de natureza especial, nos termos do Art. 25 da Portaria 204 de 07 de outubro de 2014, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA

Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica – Seleção 2015/1

Eu, _____,

Matrícula SES/DF nº _____, Chefe da Unidade: _____,

Declaro para fins de inscrição no Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Seleção 2015/1, que o Servidor: _____,

Matrícula SES/DF nº: _____, está lotado nesta Unidade: _____, com carga horária contratual semanal de () _____ horas, assim distribuídas na assistência: _____

Tem alguma carga horária destinada a outra atividade que não seja a assistência: sim () ou não ()

Ensino () especificar _____ horário _____

Gestão () especificar _____ horário _____

Comissão () especificar _____ horário _____

Preceptoría de Residência () horário _____

Supervisão de Residência () horário _____

Coordenação de Residência () horário _____

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura da chefia imediata
Coordenação Geral de Saúde de _____



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS



FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Preceptorial dos Programas de Residência Médica - Seleção 2015/1

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____

Nº de Inscrição: _____, Matrícula SES nº: _____, CPF nº: _____

SOLICITAÇÃO

Como candidato do Processo Seletivo para Preceptorial dos Programas de **Residência Médica - Seleção 2015/1**, solicito, nos termos do Edital nº ____ de ____ de ____ de _____, a revisão do resultado preliminar de acordo com a justificativa em anexo.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS



**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para
Preceptorial dos Programas de Residência Médica - Seleção 2015/1
EDITAL Nº ___ DE ___ DE _____ DE _____.**

RECURSO

Contra o resultado preliminar do Processo Seletivo para Preceptorial dos Programas de Residência Médica - Seleção 2015/1

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO

(se necessário, use o verso)