



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica - Seleção 2014/1

Vaga a que concorre: N°

N° da Inscrição: _____

Preenchimento exclusivo da CPS/FEPECS

Nome do candidato: _____

Matrícula SES n°: _____ Carga horária semanal de trabalho nesse vínculo efetivo: _____

CPF n°: _____

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 Médica – Seleção 2014/1, aceitando todas as normas e condições nele estabelecidas.

Brasília-DF, ____/____/____.

Assinatura do Candidato ou Representante Legal



**DECLARAÇÃO DE CÓPIA AUTÊNTICA - Processo Seletivo para Preceptoría dos
Programas de Residência Médica – Seleção 2014/1**

Eu, _____,
Matrícula SES nº _____, portador do CPF nº _____,
concorrente ao Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência Médica – Seleção
2014/1, 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



FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Preceptorial dos Programas de Residência Médica – Seleção 2014/1

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 2014/1 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 2014/1
EDITAL Nº ___ DE ___ DE _____ DE _____.**

RECURSO

Contra o resultado preliminar do Processo Seletivo para Preceptorial dos Programas de Residência Médica – Seleção 2014/1

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO

(se necessário, use o verso)