

ANEXO II

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo de Preceptoría de Ensino para os
Programas de Residência Médica - Seleção 2019/1

Vaga a que concorre: Nº _____

Nº da Inscrição: _____
Preenchimento exclusivo da CPS/FEPECS

Nome: _____

Matrícula SES DF nº: _____

Carga horária semanal de trabalho nesse vínculo efetivo: _____

CPF nº: _____

Endereço

Residencial: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone

Celular: _____ Residencial: _____

E-mail(obrigatório): _____

CARGO SES/DF: _____

LOTAÇÃO SES/DF: _____

| Unidade de Saúde/SES | Lotação Interna | Local de Execução das Atividades Funcionais |
|----------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |

Nome _____ da _____ Chefia Imediata: _____

Telefone _____ da _____ Chefia Imediata: _____

| Turno | Escala de Trabalho: | | | | | | |
|-------|---------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------|---------|
| | 2ª feira | 3ª fei ra | 4ª feira | 5ª fei ra | 6ª feira | Sábado | Domingo |
| Manhã | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |
| Noite | | | | | | | |

Declaro conhecer os termos constantes no Edital Normativo do Processo Seletivo de Preceptoría de Ensino para os Programas de Residência Médica - 2019/1, aceitando todas as normas e condições nele estabelecidas.

Brasília-DF, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Candidato ou Representante Legal