**ANEXO I - TERMO DE RESPONSABILIDADE EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 003/2024/ESP/SES/MT**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador (a) do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente das condições de oferta do Curso de Especialização em Hansenologia, a ser realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso e comprometo-me em caso de desistência não justificada, restituir o valor total do investimento do referido curso, conforme estabelecido no Plano de Trabalho Anual da SES-MT/ ESPMT.

LOCAL(MT), \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura

**ANEXO II - TERMO DE DISPENSA E LIBERAÇÃO DA CHEFIA E COMPROMISSO DO CANDIDATO EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 003/2024/ESP/SES/MT**

Eu,\_\_\_\_(chefia imediata)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_, do Órgão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente da inscrição de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Curso de Especialização em Hansenologia, que será desenvolvido no período de novembro/2024 à dezembro/2025, em regime modular, no período diurno, conforme calendário escolar e comprometo-me a prover as condições de liberação do referido servidor dos seus encargos funcionais para a sua integral frequência às atividades curriculares, conforme consta no Edital de Inscrição do respectivo curso.

Eu, \_\_\_\_\_\_(candidato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente das condições de oferta dos Curso de Especialização em Hansenologia, que será desenvolvido no período de novembro/2024 à dezembro/2025, em regime modular, no período diurno, conforme calendário escolar, e DECLARO ter disponibilidade para a frequência em todas as atividades curriculares, conforme as condições declaradas no respectivo Edital de Inscrição, bem como me comprometo em multiplicar o conhecimento adquirido na regional a qual pertenço.

LOCAL (MT), \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura e carimbo da Chefia

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

Assinatura do Candidato

**ANEXO III – ROTEIRO DAS INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DO CANDIDATO AO EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 003/2024/ESP/SES/MT.**

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Naturalidade:

Estado civil: Idade:

RG:

CPF:

Endereço residencial completo:

E-mail:

Telefone:

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Graduação:

Instituição:

Ano de conclusão:

( ) Pós-graduação Latu-senso Qual?

( ) Pós-graduação Stricto Senso Qual?

( ) Outros cursos de formação/atualização. Quais?

**FORMAÇÃO EM HANSENÍASE**

Possui formação para o trabalho com pessoas com hanseníase?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, especificar:

Cursos Início e Término (mês/ano): Carga Horária Instituição formadora

**DADOS PROFISSIONAIS:**

Local de Trabalho Atual:

Cargo: Função:

Há quanto tempo trabalha nesse local:

Carga horária semanal:

Endereço institucional:

Telefone:

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM ATENDIMENTO À PESSOA COM HANSENÍASE:**

Tempo de atuação com a população hanseniana:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo que atua na área da hanseníase: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de atuação nas áreas de Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Neurologia, Medicina da Família e Comunidade ou Medicina Preventiva e Social:

Outras Atividades na área da saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Experiência 1**

Data de início:

Data de término:

Função:

Público com quem trabalha(ou) ( ) adulto ( ) infantil ( ) família ( ) outros Quais?

O trabalho que realiza é(foi) ( ) individual ( ) em equipe

Atividades que desenvolve(u) descrever o que faz (fez)):

**Experiência 2**

Data de início:

Data de término:

Função:

Público com quem trabalha(ou) ( ) adulto ( ) infantil ( ) família ( ) outros Quais?

O trabalho que realiza é(foi) ( ) individual ( ) em equipe

Atividades que desenvolve(u) descrever o que faz (fez)):

**Experiência 3**

Data de início:

Data de término:

Função:

Público com quem trabalha(ou) ( ) adulto ( ) infantil ( ) família ( ) outros Quais?

O trabalho que realiza é(foi) ( ) individual ( ) em equipe

Atividades que desenvolve(u) descrever o que faz (fez)):

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

Artigo:

Local e data de publicação

Livro:

Local e data de publicação

Resumo publicado em Anais:

Local e data de publicação

Trabalho apresentado em eventos científicos:

Local e data de publicação

Outros:

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, portadora(o) da carteira de identidade nº\_ , inscrita(o) no CPF nº, residente e domiciliada(o) no endereço: \_\_, DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados que apresento para a inscrição neste curso, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local/Data

Assinatura

**ANEXO IV – CARTA DE INTENÇÃO**

|  |
| --- |
| **Nome completo**: |
| **CPF: e-mail:** |
| 1- **Motivação para participar do curso** *(Justifique seu interesse pelo curso. Demonstre porque se sentiu motivado(a) a realizá-lo).*  2- **Relevância e pertinência da participação no curso** *(Apresente suas expectativas sobre o curso e seus objetivos profissionais, bem como os resultados esperados com o curso).*  3- **Benefícios do curso para a prática profissional** *(Cite as possíveis contribuições da sua atuação como especialista em avaliação de tecnologias em saúde, após a conclusão do curso).* |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |