**ANEXO I - TERMO DE RESPONSABILIDADE EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 01/2025/SUESP/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 Gerontologia, 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 2025.

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

Assinatura

**ANEXO II - TERMO DE DISPENSA E LIBERAÇÃO DA CHEFIA E COMPROMISSO DO CANDIDATO EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 01/2025/SUESP/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 Gerontologia que será desenvolvido no período de maio de 2025 a outubro de 2026, em regime modular, conforme cronograma do curso 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 do Curso de Especialização em Gerontologia, que será desenvolvido no período de maio de 2025 a outubro de 2026, em regime modular, conforme cronograma do curso, 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 2025.

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

Assinatura e carimbo da Chefia

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

Assinatura do Candidato

**ANEXO III – ROTEIRO DAS INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DO CANDIDATO AO EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 01/2025/SUESP/ESP/SES/MT.**

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Naturalidade:

Estado civil: Idade:

RG: CPF:

Endereço residencial completo:

E-mail: Telefone pessoal:

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Graduação:

Instituição:

Ano de conclusão:

( ) Pós-graduação Latu-senso. Qual?

( ) Pós-graduação Stricto Senso. Qual?

( ) Outros cursos de formação/atualização. Quais?

**DADOS PROFISSIONAIS:**

Local de Trabalho Atual:

Cargo: Função:

Há quanto tempo trabalha nesse local:

Carga horária semanal:

Endereço institucional:

Telefone institucional:

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM ASSISTÊNCIA EM GERONTOLOGIA/SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Para quaisquer das experiências profissionais citadas no item “6”/ fase 1, deste edital é necessário informar dados complementares conforme abaixo:

**A - Experiência Profissional**

**Experiência profissional do/a candidato/a com assistência em Gerontologia:**

Data de início:

Data de término:

Função:

Atividades que desenvolve(u) / descrever os procedimentos:

**Experiência profissional do/a candidato/a com gestão, responsabilidade técnica (RT):**

Data de início:

Data de término:

Função:

Atividades que desenvolve(u) / descrever os procedimentos:

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 (fieis 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.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(MT), \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 Gerontologia, após a conclusão do curso).* |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |