

FORMULÁRIO DO CURRÍCULO PADRONIZADO PARA A AVALIAÇÃO DOS TÍTULOS

Eu, _____, candidato do Concurso Público de Provas e de Provas e Títulos para provimento de cargos efetivos integrantes do Quadro de Pessoal do Poder Executivo do Município de Tianguá, inscrito sob o nº _____, optante pelo cargo abaixo indicado, declaro:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ARQUITETO | <input type="checkbox"/> MÉDICO CLÍNICO GERAL | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL | <input type="checkbox"/> MÉDICO PEDIATRA | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE GEOGRAFIA (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> AUDITOR DE GESTÃO PÚBLICA | <input type="checkbox"/> MÉDICO PSF | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE HISTÓRIA (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> AUDITOR DE OBRAS DE ENGENHARIA | <input type="checkbox"/> MÉDICO PSQUIATRA | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE INFORMÁTICA EDUCACIONAL |
| <input type="checkbox"/> AUDITOR DE TRIBUTOS | <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE INGLÊS (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> BIBLIOTECÁRIO | <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE MATEMÁTICA (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> EDUCADOR FÍSICO | <input type="checkbox"/> PEDAGOGO | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE PORTUGUÊS (PEB II - 6º ao 9º) |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO | <input type="checkbox"/> PROCURADOR MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> PROFESSOR POLIVALENTE (PEB II - 1º ao 5º) |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO AUDITOR | <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | <input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO DO TRABALHO | <input type="checkbox"/> VETERINÁRIO | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO SAÚDE MENTAL | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DA EDUCAÇÃO INFANTIL (PEB I - CRECHE) | |
| <input type="checkbox"/> ENGENHEIRO CIVIL | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DA EDUCAÇÃO INFANTIL (PEB I - PRÉ-ESCOLA) | |
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO | <input type="checkbox"/> PROFESSOR DE CIÊNCIAS (PEB II - 6º ao 9º) | |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA | | |
| <input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO | | |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO CIRURGIÃO GERAL | | |

I. Ser de minha exclusiva responsabilidade a indicação da quantidade de títulos que estou entregando para efeito de avaliação;

II. Que os títulos são verdadeiros e válidos na forma da lei, são cópias autenticadas em cartório, com páginas por mim numeradas sequencialmente, identificados pelo código do título e organizadas na ordem sequencial em que se apresentam na tabela.

Denominação do Título	Número(s) das páginas relativas ao título	Pontuação esperada
Doutorado, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 diploma).		
Mestrado, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 diploma)		
Curso de Pós Graduação Lato Sensu (especialização), com carga horária mínima de 360 horas, oferecido de acordo com as normas do Conselho Nacional de Educação - CNE, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 certificado).		

III. Estou ciente de que os títulos que serão analisados para possível pontuação são, exclusivamente, os que se encontram listados nos quadros a seguir:

1. DOUTORADO	
NOME DO CURSO	
INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO
2. MESTRADO	
NOME DO CURSO	
INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO
3. ESPECIALIZAÇÃO (pós-graduação lato sensu - carga horária mínima de 360 horas)	
NOME DO CURSO	
INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO

_____, _____ de _____ de 2016

Local

Assinatura do Candidato