**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO DE TUTORES**

**Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Endereço:  |
| Bairro:  |
| CEP:  |
| Cidade:  |
| Identidade:  |
| CPF:  |
| Telefone residencial:  |
| Telefone de Serviço:  |
| Telefone Celular:  |
| Endereço eletrônico pessoal (e-mail):  |
| Outro Endereço eletrônico (opcional)  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAÇÃO**  | **NOME/TIPO da ATIVIDADE** **E INSTITUIÇÃO**  | **MÊS/ANO mm/aaaa**  |
| **início**  | **término**  |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO**  |   |   |   |
| Doutorado  |   |   |   |
| Mestrado  |   |   |   |
| Especialização 360 horas ou mais  |   |   |   |
| Aperfeiçoamento 180 horas ou mais  |   |   |   |
| Graduação  |   |   |   |
| **ATUAÇÃO PROFISSIONAL**  |  |  |  |
| Atividade assistencial  |   |   |   |
| Direção e administração  |   |   |   |
| Conselhos, comissões  |   |   |   |
| Treinamentos ministrados  |   |   |   |
| Atuação docente Nível fundamental e médio  |   |   |   |
| Atuação docente Educação Superior  |   |   |   |
| Participação em Projetos  |   |   |   |
| Outras atividades assistenciais, técnicas e científicas.  |   |   |   |
| Outras informações que queira apresentar  |  |