

PROCESSO SELETIVO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILANDIA-MA

FORMULÁRIO PARA ENVIO DE TITULOS

NOME	
CPF	DATA DE NASCIMENTO : ___/___/___/
NOME DO CARGO	
RG	
E-MAIL	

TITULAÇÃO APRESENTADA					
CRITÉRIO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	PONTUAÇÃO POR ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA	QUANTIDADE JUNTADA	PONTUAÇÃO ALMEJADA
CURSO	Diploma ou certificação de cursos na área da saúde com no mínimo 40 horas/aulas	0,5	1	()	()
TOTAL					

DATA ___/___/_____

ASSINATURA DO CANDIDATO
