ANEXO 1 - FICHA DE INSCRIÇÃO

**Seleção de Preceptores para o Internato do Curso de Medicina EMCM/UFRN**

1. DADOS PESSOAIS:

NOME CPF: CRM/RN:

DATA DE NASCIMENTO: CARTEIRA IDENTIDADE: EMISSOR: UF:

ENDEREÇO: COMPLEMENTO: BAIRRO:

CEP: CIDADE: UF:

TELEFONE: CELULAR1: CELULAR2: E- MAIL:

2. DADOS BANCÁRIOS

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

3. DADOS PROFISSIONAIS:

A. GRADUAÇÃO: ANO DE TÉRMINO: INSTITUIÇÃO:

B. RESIDÊNCIA (caso não tenha realizado, passar para o item seguinte)

ÁREA: ANO DE TÉRMINO: INSTITUIÇÃO

C. MESTRADO (caso não tenha realizado, passar para o item seguinte)

ÁREA: ANO DE TÉRMINO: INSTITUIÇÃO

D. DOUTORADO (caso não tenha realizado, passar para o item seguinte)

ÁREA: ANO DE TÉRMINO: INSTITUIÇÃO

4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

A. VÍNCULO PROFISSIONAL:

( ) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ

( ) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – HOSPITAL REGIONAL MARIANO COELHO

( ) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO

( ) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

( ) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – OUTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAICÓ

( ) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURRAIS NOVOS

( ) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ

( ) OUTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. HORÁRIOS DISPONÍVEIS PARA ATIVIDADES DE PRECEPTORIA

( ) SEGUNDAS-FEIRAS- Descrever horários disponíveis e cenários em que pode receber estudantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) TERÇAS-FEIRAS- Descrever horários disponíveis e cenários em que pode receber estudantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) QUARTAS-FEIRAS- Descrever horários disponíveis e cenários em que pode receber estudantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) QUINTAS-FEIRAS- Descrever horários disponíveis e cenários em que pode receber estudantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) SEXTAS-FEIRAS- Descrever horários disponíveis e cenários em que pode receber estudantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) PLANTÕES – Descrever a frequência dos plantões, se ocorrem em dias fixos e em que locais (PA, UTI, Sala de parto, CC, etc)

Eu, acima identificado (a), requeiro minha inscrição no processo seletivo objeto do Edital 01/2019-EMCM/UFRN, DECLARANDO, sob as penas da lei:

1. que as informações constantes nesta ficha são verdadeiras;
2. que tenho plena ciência do inteiro teor do referido Edital;
3. que me comprometo a, sendo selecionar, atuar conforme as recomendações do programa de Preceptoria do curso de Medicina da UFRN.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de janeiro de 2020.

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

Assinatura do Candidato(a)