

CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO AMARO -MA

FORMULÁRIO PARA ENVIO DE TÍTULOS

OBS: (JUNTAR DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO OFICIAL COM FOTO)

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

TITULAÇÃO APRESENTADA					
CRITÉRIO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	PONTUAÇÃO POR ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA	QUANTIDADE JUNTADA	PONTUAÇÃO ALMEJADA
DOUTOR	Diploma (frente e verso) emitido por Instituição de Ensino cujo programa seja reconhecido ou validado pela CAPES.	3	3	()	()
MESTRE	Diploma (frente e verso) emitido por Instituição de Ensino cujo programa seja reconhecido ou validado pela CAPES.	2	2	()	()
ESPECIALISTA	devidamente credenciada, com carga horária mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas	1	1	()	()
TOTAL					

DATA ___/___/___

ASSINATURA DO CANDIDATO
