**ANEXO II**

**Processo seletivo para Apoiadores COSEMS RS – 2025**

FICHA DE VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PESSOAIS – APOIADORES (NÃO PREENCHER A MÃO)

**INFORMAÇÕES CADASTRAIS**

**Nome completo:**

**Data de Nascimento: \_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Idade:**\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço residencial: Município/Região:**

**E-mail: Telefone:**

**RG: CPF:**

**Função atual e carga horária:**

**Regiões que pretende atuar:**

( ) MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE: Regiões de Saúde 1, 2 e 3

( ) MACRORREGIÃO MISSIONEIRA : Regiões de Saúde 11,14

( ) MACRORREGIÃO METROPOLITANA : Regiões de Saúde 04,05

( ) MACRORREGIÃO METROPOLITANA : Regiões de Saúde 09,10

( ) MACRORREGIÃO METROPOLITANA : Regiões de Saúde 06,07 e 08

( ) MACRORREGIÃO MISSIONEIRA : Regiões de Saúde 12,13

( ) MACRORREGIÃO NORTE : Regiões de Saúde 15,20

( ) MACRORREGIÃO NORTE : Regiões de Saúde 16

( ) MACRORREGIÃO VALES : Regiões de Saúde 27 e 28

( ) MACRORREGIÃO SERRA : Regiões de Saúde 23,24,25 e 26

( ) MACRORREGIÃO VALES : Regiões de Saúde 29,30

( ) MACRORREGIÃO NORTE : Regiões de Saúde 17,18 e 19

**INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

**Graduação 1:**

**Graduação 2:**

**Especializações:**

**Mestrado:**

**Doutorado:**

1. Possui experiência comprovada em Educação Permanente?

**( ) sim ( )não**

* 1. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência em Educação Permanente?
	2. Faça uma breve descrição da sua experiência em Educação Permanente:
1. Já atuou como Apoiador(a) COSEMS?

**( ) sim ( )não**

* 1. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência como Apoiador(a) COSEMS?
	2. Faça uma breve descrição da sua experiência como Apoiador(a) COSEMS:
1. Possui experiência comprovada em Gestão?

**( ) sim ( )não**

* 1. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência em Gestão?
	2. Em caso afirmativo, quais foram(são) suas principais atividades de Gestão?

**DECLARAÇÃO**

Eu, nome (...), nacionalidade (...), estado civil (...), portador da Carteira de Identidade RG n.° (...), inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF n.° (...), residente e domiciliado (...) DECLARO para os devidos fins e efeitos legais, que:

a) Que não ocupo cargo comissionado ou função de confiança em qualquer Município;

b) Que não ocupo cargo administrativo ativo, cargo comissionado, função de confiança no Ministério da Saúde ou em Secretaria Estadual;

c) Que não ocupo função como membro do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário (Classificação Brasileira de Ocupação – CBO n.º 111);

d) Que não ocupo cargo em Consórcios Intermunicipais de Saúde;

e) Que não exerço qualquer função que, em termos de carga horária, gere incompatibilidade com as atividades inerentes a proposta de trabalho estabelecida pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul - COSEMS-RS e impossibilite a participação no processo de formação proposto pela equipe técnica;

f) Que não presto serviço de Consultoria relacionado à gestão em saúde.

As informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a falsidade das mesmas implica na subsunção ao crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal.

Local , \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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

Nome e assinatura do candidato (a)