

ANEXO V – FORMULÁRIO DE ENTREGA DE COMPROVANTES DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Eu, _____, CPF nº _____, Inscrito(a) para o cargo _____ sob inscrição nº _____ declaro que estou entregando:

Envelope lacrado contendo os **Comprovantes de Experiência Profissional**, conforme Capítulo XVII – DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL do Edital de Abertura do Processo Seletivo – Programa de Saúde da Família.

Tenho ciência de que o aplicador responsável por receber estes documentos:

- ⇒ Não está avaliando os documentos entregues;
- ⇒ Não está dando aceite e/ou concordando quanto à valoração dos títulos entregues;
- ⇒ Não está habilitado para decidir quais títulos ou documentos deverão ser entregues;
- ⇒ Os envelopes serão abertos na presença de 03 (três) avaliadores e será redigida uma Ata de abertura informando os documentos constantes nos envelopes.

Relação de Documentos entregues:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa: _____

Cargo: _____ Período de: ___/___/___ a ___/___/___

Comprovante de Experiência(s) Profissional(is):

CTPS CONTRATO Ato de nomeação ou Certidão de tempo de serviço

Número das páginas: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA

PREFEITURA DE FRANCO DA ROCHA – Processo Seletivo – Programa de Saúde da Família

Declaro que recebi o envelope lacrado do candidato _____, sem
verificação do conteúdo, na data ___/___/___.

Assinatura do recebedor