**ANEXO I**

**MODELO DECLARAÇÃO DE VÍNCULO**

Declaro, para os devidos fins, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (profissão), possui vínculo empregatício com a Instituição\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da instituição), servidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tipo de vínculo: efetivo, comissionado, contrato temporário, etc.), ocupando o cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tempo de atuação).

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

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

Nome / Assinatura / Carimbo da chefia imediata

Local/Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

# ANEXO II

**MODELO DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA DE LIBERAÇÃO PARA AS ATIVIDADES DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU***

Declaro para os devidos fins que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_estará liberado(a) das atividades laborais para os encontros presenciais do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sem ônus ao servidor.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

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

Nome / Assinatura / Carimbo da chefia imediata

Local/Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

**ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob o RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nascido(a) aos \_\_\_\_\_\_ dias do mês de 19\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado e residente na rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assumo os seguintes compromissos:

1º) Li o Edital referente ao Processo Seletivo/Ingresso 2022 do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública;

2º) Tenho disponibilidade para atender a todas as atividades acadêmicas e convocações para reunião e encontros propostos tanto pelo Curso quanto pelo orientador.

3º) No caso de servidor público estadual assumo as responsabilidades definidas nos termos da Lei nº 5.175/2018 e Lei nº 1.102/1990.

Fico ciente, desde já, de que:

a) Acatarei a cada item exposto pelo Edital referente ao Processo Seletivo/Ingresso 2022 do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública.

b) O não atendimento aos itens do Edital acarretará no indeferimento ou na minha eliminação do Processo Seletivo/Ingresso 2022 do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública.

Local/Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

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

Nome do Candidato e Assinatura

Tel. (xx) 0000-0000

Cel. (xx) 0000-0000

e-mail:

# ANEXO IV

# REQUERIMENTO DE RECURSO

# PROCESSO SELETIVO

# Processo seletivo: Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública.

|  |
| --- |
| Nome completo: |
| Objeto do recurso: |
| Fundamentação e argumentação lógica (descrever abaixo): |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Nº do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: |

# ANEXO V

# SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA

# Processo seletivo: Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública.

|  |
| --- |
| À Comissão de SeleçãoEu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito atendimento diferenciado conforme segue: |
| Tipo de deficiência: |
| Tipo de atendimento especial: |
| Tempo adicional: ( ) Sim ( ) Não. |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Nº do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: |

# ANEXO VI

**MODELO DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA LIBERAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor nesta Secretaria de Saúde, sob a matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atende aos critérios de liberação para capacitação, conforme Lei Municipal n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando apto (a) a concorrer ao Edital de Seleção para o curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sem ônus ao servidor.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

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

Nome completo / Assinatura / Carimbo do setor de recursos humanos ou similiar

Local/Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

# ANEXO VII

# SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

# Processo seletivo: Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública.

|  |
| --- |
| À Comissão de SeleçãoEu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito atendimento diferenciado conforme segue: |
| Tipo de atendimento especial: |
| Informo estar ciente de que não tenho direito a tempo adicional durante a prova. |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Nº do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: |

# ANEXO VIII

# MODELO CARTA DE INTENÇÃO

# Eu, (NOME DO CANDIDATO), RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_ e CPF n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, demonstro meu interesse em participar do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

# Minha formação acadêmica inclui Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Curso), concluída em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ano), na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Instituição onde se graduou). (Pode citar cursos, formação complementar, projetos de pesquisa, experiência profissional e outros eventos mais relevantes ocorridos durante seu percurso profissional). É importante falar sobre o seu percurso profissional e o seu comprometimento com o Sistema Único de Saúde.

# Também apresente o seu objetivo profissional e a motivação para a escolha deste curso; bem como as expectativas sobre o curso e a contribuição da pós-graduação para sua vida profissional e para suas funções atuais.

# Incluir link do currículo lattes.

# Sendo só para o momento, apresento Cordiais Saudações.

Local/Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

**ANEXO IX**

**AUTODECLARAÇÃO A VAGA RESERVADA**

(de candidato autodeclarado preto, pardo, indígena e pessoa com deficiência)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito (a) no CPF sob o n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação ao Edital de Seleção n. 01/2022 do Curso de Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública para Ingresso no 2º semestre de 2022, que sou ( ) preto ( ) pardo ( ) indígena ( ) pessoa com deficiência.

Declaro, ainda, a veracidade das informações prestadas, bem como atesto que estou ciente sobre o Artigo 299 do Código Penal que dispõe que é crime "omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante".

Desde já autorizo a verificação dos dados, sabendo que a omissão ou falsidade de informações resultará nas punições cabíveis, inclusive com a desclassificação do candidato.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente para efeitos legais.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Declarante

**ANEXO X**

**LAUDO MÉDICO**

(nos termos do Art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999)

Nome:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Nascimento:

CPF:

Identidade: Órgão Emissor: UF:

1. **- LAUDO MÉDICO** (Restrito ao Médico)

Atesto, para a ﬁnalidade de acesso em vaga reservada para pessoas com deﬁciência no Edital de Seleção da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Deficiência** | **Grau** |
| Auditiva ( )Visual ( )Física ( )Intelectual ( )Deficiência multipla ( ) | Leve ( )Mderada ( )Grave ( ) |

**Código Internacional de Doenças – CID-10:** (Preencher com códigos necessários)

**Descrição Clínica Detalhada da Deficiência**:

**Provável Causa da Deficiência** (quando for o caso):

**Áreas e/ou Funções Afetadas e Limitações** (quando for o caso):

**Apresentar, com este laudo, os seguintes exames para comprovação da deficiência:**

* Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
* Deficiência Visual: exame oftalmológico;
* Deficiência Física: exames de imagem ou outros que comprovem a deficiência;
* Deficiência Intelectual: relatório psicopedagógico ou psicológico;
* Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme o comprometimento.

Local , Data / / .

Médico:

Especialidade:

Assinatura do médico

Carimbo e registro CRM