

ANEXO VII
FORMULÁRIO DE ENTREGA DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nome do Candidato:	
Nº de Inscrição:	
Cargo:	

Ordem	Documentos	PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
		Validação		Pontuação	
1		SIM	NÃO		
2		SIM	NÃO		
3		SIM	NÃO		
4		SIM	NÃO		
5		SIM	NÃO		
6		SIM	NÃO		
7		SIM	NÃO		
8		SIM	NÃO		
9		SIM	NÃO		
10		SIM	NÃO		

Responsável pela análise:	TOTAL DE PONTOS: _____
----------------------------------	-------------------------------

Declaro que ao entregar a documentação listada na relação acima para a Avaliação de Experiência Profissional, estou ciente das exigências previstas no Edital do Concurso Público Nº 01/2018 quanto à plena autenticidade e validade dos mesmos, inclusive no que toca às sanções e efeitos legais.

Timon/MA ____/____/2018.

ASSINATURA DO CANDIDATO