



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2020
PROGRAMA EM SAÚDE MENTAL
Formulário de Avaliação de Currículo

Prezado Candidato,

O presente formulário, devidamente preenchido e assinado, juntamente com cópia do diploma de graduação (ou declaração de conclusão do curso) e cópia do histórico escolar da graduação, deverá ser entregue na Secretaria da Comissão de Residência Multiprofissional, no período estabelecido no edital, sendo **OBRIGATÓRIA A ANEXAÇÃO DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**

Nome	Nº Inscrição
Área profissional	
Faculdade onde cursou a graduação	Ano de Formação

1. Você realizou estágios em sua área de formação? Se sim, indique o local, período e carga horária.

2. Você fez iniciação científica ou pesquisa na área da saúde? Se sim, especifique abaixo.

3. Especifique abaixo eventos da área da saúde que participou (congressos, seminários, cursos e outros).

4. Apresentou trabalhos em eventos da área da saúde? Se sim, relacione abaixo os eventos, datas e títulos dos trabalhos apresentados.

5. Possui experiência profissional na área da saúde? Se sim, relacione abaixo suas experiências profissionais, locais e período de duração.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____