

Formulário para fins de Comprovação de experiência de atuação em atividades ligadas à Criança e do Adolescente

Nome: _____

Profissão atual: _____

Atividades consideradas pelo Edital:

- () Professores, especialistas em educação (pedagogos), diretores e coordenadores de escola, bibliotecários e auxiliares de secretaria com atividades comprovadas em escolas, creches e outras atividades de atendimento direto à criança e ao adolescente;
- () Profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família e auxiliares de enfermagem com atuação em programas, serviços e projetos ligados ao atendimento de criança e adolescente;
- () Profissionais como assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais e outros que comprovem atuação em Projetos, Programas e Serviços voltados ao atendimento de crianças, adolescentes e famílias;
- () Conselheiros Tutelares e conselheiros dos direitos da criança e do adolescente.

Tomador do Serviço (nome da pessoa física ou jurídica)	Atividades desenvolvidas	Período (data de início e término)	Contato do tomador do Serviço (endereço, Telefone e nome completo do chefe imediate)

Atesto, sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verídicas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Visconde do Rio Branco, ____ / ____ / ____

Assinatura do Candidato