Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica

Pré-inscrição

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: Sexo: ( ) masculino ( ) feminino | |
| Unidade de lotação: CNES: | |
| Função: E-mail: | |
| Telefone residencial: Telefone celular: | |
| Idade: ( ) até 25 anos ( ) 26 a 35 anos ( ) 36 a 45 anos ( ) 46 a 55 anos ( ) 56 a 65 anos ( ) acima de 65 anos | |
| 1. Curso de graduação e ano conclusão: | |
| 2. Pós-graduação: | |
|  | 2.1. Pós-Graduação Lato Sensu (especialização): ( ) Não ( ) Sim Especificar: |
| 2.2. Residência: ( ) Não ( ) Sim Especificar: |
| 2.3. Mestrado: ( ) Não ( ) Sim Especificar: |
| 2.4. Doutorado: ( ) Não ( ) Sim Especificar: |
| 3. Experiência em educação à distância: ( ) Não ( ) Sim Especificar: | |
| 4. Já realizou algum curso extra curricular na área do curso pretendido? ( ) Não ( ) Sim  Especificar: | |
| 5. Atua na Atenção Primária : ( ) Não ( ) Sim Tempo de atuação: \_\_\_\_\_\_\_\_anos | |
| 5.1. Atua na ESF: ( ) Não ( ) Sim Tempo de atuação: \_\_\_\_\_\_\_\_anos | |
| 5.2. Atua no NASF: ( ) Não ( ) Sim Tempo de atuação: \_\_\_\_\_\_\_\_anos | |
| 6. Trabalha com grupos no serviço: ( ) Não ( ) Sim Qual(is): | |
| 8. Memorial descritivo do profissional: descreva sua experiência na Atenção Primária, enfatizando como esse curso pode contribuir com o desempenho de suas funções. Máximo: dez (10) linhas. | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |