

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Formulário de Inscrição a ser utilizado pelos candidatos, na inscrição, para atuar como Professor da Educação Básica, regente de aulas, do Curso Normal em Nível Médio ofertado pelas Escolas da Rede Estadual de Ensino.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE ENSINO _____
MUNICÍPIO _____
ESCOLA ESTADUAL _____
CPF DO CANDIDATO: _____
NOME DO CANDIDATO _____
DATA DE NASCIMENTO DO CANDIDATO: ____/____/____
TELEFONE DO CANDIDATO: (____) _____
EMAIL DO CANDIDATO: _____
TEMPO DE SERVIÇO DECLARADO PELO CANDIDATO ATÉ 30/06/2016, CONFORME ART.8º DESTA RESOLUÇÃO,
A SER COMPROVADO NO ATO DA DESIGNAÇÃO: _____ (DIAS).

INFORMAÇÕES DE ESCOLARIDADE DO CANDIDATO: Marque apenas uma opção.

<input type="checkbox"/>	Curso de Pedagogia com habilitação em Magistério das Matérias Pedagógicas ou Curso de Pedagogia regulamentado pela Resolução CNE/CP nº 01/2006
<input type="checkbox"/>	Curso de Pedagogia com habilitação em outra especialidade da educação, acrescido de pós-graduação em Magistério das Matérias Pedagógicas.
<input type="checkbox"/>	Curso de Pedagogia com habilitação em outra especialidade da educação.
<input type="checkbox"/>	Curso Normal Superior, acrescido de pós-graduação em Magistério das Matérias Pedagógicas.
<input type="checkbox"/>	Curso Normal Superior
<input type="checkbox"/>	Matrícula e frequência em um dos 3 (três) últimos períodos de curso de Pedagogia.
<input type="checkbox"/>	Matrícula e frequência a partir do 2º (segundo) período do curso de Pedagogia.

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que deverei comprová-las no momento da designação sob pena de desclassificação e que a constatação de qualquer irregularidade implicará em dispensa de ofício.

Assinatura do Candidato/Procurador

DATA DA INSCRIÇÃO: ____/____/____ HORÁRIO: _____

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA ESCOLA: _____

MASP DO SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ CARIMBO: _____

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE ENSINO _____
MUNICÍPIO _____
ESCOLA ESTADUAL _____
CPF DO CANDIDATO: _____
NOME DO CANDIDATO _____
DATA DE NASCIMENTO DO CANDIDATO: ____/____/____
TELEFONE DO CANDIDATO: (____) _____
EMAIL DO CANDIDATO: _____
TEMPO DE SERVIÇO DECLARADO E A SER COMPROVADO PELO CANDIDATO ATÉ 30/06/2016: _____ dias
DATA DA INSCRIÇÃO: ____/____/____ HORÁRIO: _____
SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA ESCOLA: _____
MASP DO SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ CARIMBO: _____