

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 30/06/2017. A SER COMPROVADO NO ATO DA
DESIGNAÇÃO: _____ (DIAS).

INFORMAÇÕES DE ESCOLARIDADE DO CANDIDATO: Marque apenas uma opção.

	Curso de Pedagogia com habilitação em Magistério das Matérias Pedagógicas ou Curso de Pedagogia regulamentado pela Resolução CNE/CP nº 01/2006
	Curso de Pedagogia com habilitação em outra especialidade da educação, acrescido de pós-graduação em Magistério das Matérias Pedagógicas.
	Curso de Pedagogia com habilitação em outra especialidade da educação.
	Curso Normal Superior, acrescido de pós-graduação em Magistério das Matérias Pedagógicas.
	Curso Normal Superior
	Matrícula e frequência em um dos 3 (três) últimos períodos de curso de Pedagogia.
	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 30/06/2017: _____ dias

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

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA ESCOLA: _____

MASP DO SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ CARIMBO: _____