**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E COMPROMISSO DO BOLSISTA**

Eu, (nome do candidato), portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que disponho da carga horária exigida para ser bolsista da Escola de Saúde Pública da Paraíba e possuo perfil que atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital ESP-PB Nº XX/2024. Informo estar ciente de que estou sujeito ao cancelamento da bolsa, caso não cumpra com as atividades e cargas horárias propostas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO V**

MODELO – *CURRÍCULO VITAE* RESUMIDO

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

*Nome, endereço residencial, e-mail, telefone.*

II) FORMAÇÃO EM NÍVEL DE GRADUAÇÃO

*Curso(s), data de conclusão, instituição, local*.

III) FORMAÇÃO EM NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO

*Curso(s), data de conclusão, local, Programa, Título e palavras-chaves da tese de dissertação*.

IV) PRODUÇÃO

*Artigo, capítulos de livro, materiais didáticos, etc.*

V) EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COMPROVADA NA ÁREA DA SAÚDE, ESPECIALMENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM QUALQUER ESFERA (FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL)

*Tipo de atuação, área de atuação, cargo, função, Unidade da Federação (UF) e município de atuação, duração.*

VI) EXPERIÊNCIA DOCENTE PRESENCIAL

*Tipo (docente, tutor, autor, orientador, facilitador, instrutor, coordenador de Curso)*

*Para cada tipo de atuação, colocar o tema do curso e/ou disciplina, o tipo de abordagem e metodologia utilizadas, a carga horária, a duração e a instituição na qual exerceu a mesma.*

VII) EXPERIÊNCIA COM METODOLOGIAS ATIVAS NA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

*Tipo (docente, tutor, orientador, facilitador, instrutor, coordenador de Curso, autor de material didático e outros, orientador de aprendizagem).*

*Para cada tipo de atuação, colocar o tema da atividade, curso e/ou disciplina, o tipo de abordagem e metodologia utilizadas, a carga horária, a duração e a instituição na qual exerceu a mesma.*

VII) OUTRAS EXPERIÊNCIAS E COMPETÊNCIAS RELEVANTES PARA A TUTORIA DO CURSO Opcional.

**ANEXO VII**

TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ, IMAGEM E DADOS

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nacionalidade), portador(a) da Cédula de Identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem e voz, em fotos, vídeos, conteúdo de áudio e escrito referentes às web conferências do Saúde e Bem Viver: cuidado integral para a saúde mental, ofertado pela FIOCRUZ situada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n Cidade Universitária - Recife - PE Cep: 50.670-420, inscrita no CNPJ sob o nº 33.781.055/0007-20 – 33781055000720, a fim de que sejam publicados nos veículos de comunicação institucional para divulgação ao público em geral e parceiros e/ou uso interno da FIOCRUZ desde que de forma não lucrativa, e que não haja desvirtuamento da sua finalidade. Autorizo também o uso dos dados cadastrais e dos trabalhos produzidos durante o curso para fins de estudos e publicações, preservando-se a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem, voz e dados acima mencionados em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas:

Vídeo aula, revistas, publicações de artigos científicos e estudos, site/blog e canais de Redes Sociais institucionais (YouTube, Facebook, LinkedIn, Twitter e Instagram).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 01 (uma) via de igual teor e forma.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO OCUPA FUNÇÃO NO PODER PÚBLICO QUE SEJAM INCOMPATÍVEIS COM AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**

 Eu, (nome do candidato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que tenho ciência de que exercer funções de assessoria e consultoria a prefeituras, secretarias de saúde municipal e estadual ou a qualquer signatário destas pastas, é incompatível com o desenvolvimento das atividades de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Informo ainda estar ciente de que na ocorrência de transgressão, serei desligado (a) do projeto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO IX**

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu (nome do candidato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, de nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_, no município de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filho de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente e domiciliado à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CEP nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , portador de cédula de identidade (RG) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , expedida em \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_ , órgão expedidor \_\_\_\_\_\_ sob as penas da lei, me autodeclaro ( ) **preto** ( ) **pardo**.

Estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato (a)