

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS

Programa de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Candidato ao emprego de: \_\_\_\_\_

R.G. número: \_\_\_\_\_

Descrição do Título	Quantidade	Pontos Atribuídos (uso da Secretaria de Saúde)
<b>TOTAL</b>		

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

Rubrica do avaliador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

-----  
**PROTOCOLO DO CANDIDATO**

Identificação do responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_