|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE**  **DIRECÇÃO DE FORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE** | Departamento de Formação em Ciência e Tecnologia em Saúde |
| Revisão: 1.0  Página **1** de **1** | **Anexo IV - Boletim de inscrição para Cursos de Curta Duração** | Repartição de Formação Contínua |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informações gerais** | | | | |
| Nome completo |  | | | |
| Género | Feminino ------------------------------------- 1  Masculino ------------------------------------ 2 | Data de nascimento (dia/mês/ano) | | \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ |
| Nacionalidade | Moçambicano(a) --------------------------- 1  Outra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 98  (Especifique) | Naturalidade | |  |
| Residência | Província........................................., Cidade..................................., Bairro....................................., Q................, Casa......... | | | |
| Telefone | (+258)- | E-mail | |  |
| Número do documento de identidade |  | Validade do documento de identidade (dia/mês/ano) | | \_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ |
| NUIT |  |  | |  |
| Curso de curta duração que pretende participar |  | | | |
| Já fez o curso antes? | Sim ------------------------------------- 1  Não ------------------------------------- 2 | | Se Sim, onde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Informações profissionais** | | | | |
| Nível (indicar o último nível frequentado) | Médio -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 1  Licenciatura ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ 2  Pós-graduação – Especialização --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 3  Pós-graduação – Mestrado ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 4  Pós-graduação – Doutoramento ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 5 | | | |
| Área de Formação |  | | | |
| Ocupação | Estudante ----------------------------------------- 1  Profissional de saúde -------------------------- 2  Profissional de outra área -------------------- 3  (Especifique)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome do curso e ano que frequenta  (para estudantes) | |  |
| Categoria profissional  (de acordo com as categorias profisionais da função pública) | |  |
| Local de trabalho | Ministério da Saúde ---------------------------- 1  Instituto Nacional de Saúde ------------------ 2  Outro ---------------------------------------------- 98  (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cargo que ocupa | |  |
| 1. **Outras informações relevantes** | | | | |
| Como soube da realização do curso de curta duração? | Redes sociais ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 1  Revistas/Jornais ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ 2  Televisão/Rádio--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------3  Amigo/colega/familiares -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- 4  Outro --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------98  Se indicou outro, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Outra informação que considera pertinente |  | | | |
| 1. **Preencher após o curso (a ser preenchido pelo Departamento de Formação)** | | | | |
| Percentagem alcançada |  | | | |