

ANEXO IV

CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
(Inserir o nome da Superintendência/Diretoria solicitante)
CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)

NOME PROCESSO EDUCACIONAL:

PERÍODO:

Início: ____/____/____

Término: ____/____/____

CARGA HORÁRIA:

CIDADE/LOCAL DE REALIZAÇÃO:

SUPERINTENDÊNCIA RESPONSÁVEL:

CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)

NOME COMPLETO	AVALIAÇÃO		CARGA HORÁRIA		CERTIFICAÇÃO	
	APTO	INAPTO	+ DE 75%	- DE 75%	SIM	NÃO
1.						
2.						

DOCENTES OU CORRELATOS

(Obs.: Quando houver mais de 01 docente ou correlato no Processo Educacional, estes serão certificados pelo quantitativo de horas e temas trabalhados, observado o disposto no art. 4º desta Portaria).

NOME	TEMA TRABALHADO	DATA	HORÁRIO
Nome completo do docente	Temática que foi trabalhada pelo referido docente	Data da realização da atividade	Ex.: 14h às 18h

ASSINATURAS COM CARIMBO

<hr/> Assinatura do Técnico Responsável	<hr/> Assinatura da Gerência Responsável	Local: _____ Data: ____/____/____
---	--	--