**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - EDITAL 01/2025**

**PROGRAMA SAÚDE NO CAMPO**

**SENAR-AR/RO**

**ANEXO II**

**RELATO DE EXPERIÊNCIAS**

|  |
| --- |
| **PROFISSIONAL** |
| Deseja credenciar: ( )técnico(s) ( )supervisor (es) |
| Nome: |
| RG: | CPF: |
| Data de Nascimento:  | Telefone Celular: |
| E-mail: |
| **FORMAÇÃO**  |
| Escolaridade: |
| Curso: | Carga horária: |
| Nome da instituição de ensino: |
| Registro no Conselho Profissional: |
| **Cursos de aperfeiçoamento relacionados com a área de conhecimento** |
| 1- Curso: |
| Instituição de ensino: |
| Ano de conclusão: | Carga horária: |
| 2- Curso: |
| Instituição de ensino: |
| Ano de conclusão: | Carga horária: |
| **Informações Complementares**  |
|  |