**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** | | |
|  | | |