



CURRÍCULO PADRONIZADO
FORMULÁRIO DO CURRÍCULO PADRONIZADO PARA A AVALIAÇÃO DOS TÍTULOS

Eu, _____, candidato do Concurso Público de Provas e Títulos e de Provas para provimento de cargos efetivos integrantes do Quadro de Pessoal da Fundação Universidade Estadual do Ceará, inscrito sob o nº _____, optante pelo cargo abaixo indicado, declaro:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrador | <input type="checkbox"/> Contador |
| <input type="checkbox"/> Advogado | <input type="checkbox"/> Engenheiro Civil |
| <input type="checkbox"/> Analista de Sistemas | <input type="checkbox"/> Engenheiro Eletricista |
| <input type="checkbox"/> Arquiteto | <input type="checkbox"/> Técnico em Assuntos Educacionais |
| <input type="checkbox"/> Bibliotecário | <input type="checkbox"/> Técnico em Comunicação Social |

Ser de minha exclusiva responsabilidade a indicação da quantidade de títulos que estou entregando para efeito de avaliação;

I. Que os títulos são verdadeiros e válidos na forma da lei, são cópias autenticadas em cartório, com páginas por mim numeradas sequencialmente, identificados pelo código do título e organizadas na ordem sequencial em que se apresentam na tabela.

Denominação do Título	Valor	Número(s) das páginas relativas ao título	Pontuação esperada
1. Doutorado, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 diploma).	3,0		
2. Mestrado, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 diploma)	2,0		
3. Curso de Pós Graduação Lato Sensu (especialização), com carga horária mínima de 360 horas, oferecido de acordo com as normas do Conselho Nacional de Educação - CNE, concluído até a data de entrega dos títulos (máximo 1 certificado).	1,0		

II. Estou ciente de que os títulos que serão analisados para possível pontuação são, exclusivamente, os que se encontram listados nos quadros a seguir:

a) DOUTORADO

NOME DO CURSO

INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO

b) MESTRADO

NOME DO CURSO

INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO

c) ESPECIALIZAÇÃO (pós-graduação lato sensu - carga horária mínima de 360 horas)

NOME DO CURSO

INSTITUIÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO

_____, ____/03/2017

Assinatura do Candidato