



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANAS

Av. 22 de Março, 369 - Centro - CEP 12.615-000
Fone / Fax: (0**12) 3151-6000 / 3151-6001
CNPJ.: 01.619.207/0001-01 Insc. Estadual: Isento

ANEXO II

FORMULÁRIO – RESUMO PARA ENTREGA DE TÍTULOS PARA O CARGO DE PROFESSOR.

Os documentos relativos aos Títulos deverão ser entregues em ENVELOPE LACRADO, EXCLUSIVAMENTE, na data da realização da Prova Objetiva, em local e horário a serem divulgados.

Nome Completo do Candidato:

Cargo para o qual está concorrendo:

Número de Inscrição do candidato:

Número do Documento de Identidade:

RELAÇÃO DE TÍTULOS ENTREGUES

Nº ordem	Tipo de Título	Pontos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
TOTAL DE PONTOS		

Declaro que os documentos apresentados para serem avaliados na Prova de Títulos correspondem à minha participação pessoal em eventos educacionais nos quais obtive êxito de aprovação.

Declaro, ainda, que, ao encaminhar a documentação listada na relação acima, para Avaliação da Prova de Títulos, estou ciente de que assumo todos os efeitos previstos no Edital do Concurso Público, quanto à plena autenticidade e validade dos Títulos apresentados, inclusive no tocante às sanções e efeitos legais.

Local e Data _____

Assinatura do Candidato _____