

___º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

FICHA CURRICULAR

Ano lectivo ___/___/___

Processo nº _____

Nome:

Data de Nascimento ___/___/___

Naturalidade:

Filiação:

B.I. nº

Emitido em ___/___/___

Arquivo:

Morada:

Cód. Postal:

Telefone:

Telemóvel:

Cat. Profissional (até à data início do Curso):

Tempo de serviço como enfº (até à data início do Curso):

FORMAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

Licenciatura em Enfermagem ou Equivalente Legal

Curso:

Estabelecimento de Ensino:

Ano de Conclusão:

Média:

Termo de Equivalência nº

Emitido em:

Outra Formação (ver anexo II alínea a)

Curso:

Concluído em:

Média:

Curso:

Concluído em:

Média:

Curso:

Concluído em:

Média:

ACÇÕES OU CURSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Duração ≥ 18 h cada, como formando)

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

Promovido por:

Data:

Horas:

Curso:

	Promovido por:	Data:	Horas:
Curso:			
	Promovido por:	Data:	Horas:
Curso:			
	Promovido por:	Data:	Horas:
Curso:			
	Promovido por:	Data:	Horas:
Curso:			
	Promovido por:	Data:	Horas:

FUNÇÕES DESEMPENHADAS NO ÂMBITO DA SAÚDE			
Prestação de Cuidados			
Instituição:			
			Anos:
			Anos:
			Anos:
			Anos:
Gestão:			
	Chefia /Coordenação de Serviços e/ou Órgãos de Gestão		Anos:
	Orientação e Coordenação de Equipas		Anos:
	Orientação, supervisão e avaliação de pessoal		Anos:
Ensino:			
	Colaboração/leccionação de Aulas Teóricas	Local: _____ _____ _____	Horas: _____ _____ _____
	Colaboração/ leccionação de Aulas Teórico-Práticas, Seminários	Local: _____ _____ _____	Horas: _____ _____ _____
	Colaboração/ leccionação de Aulas Práticas, Ensinos Clínicos	Local: _____ _____ _____	Sem/Horas: _____ _____ _____
Educação Permanente (Como formador)			
	Responsável pela formação em serviço		Local:
	Colaboração em Acções de Formação em Serviço:		
	Acção:		Local:
	Acção:		Local:
	Acção:		Local:
	Acção:		Local:

(cont.)

(cont.)

	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
	Acção:	Local:
Investigação (Não académicos, certificados por uma Instituição, ver anexo II alínea c))		
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:
	Título:	Instituição:

PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DE PROJECTOS OU PROGRAMAS NO ÂMBITO DA SAÚDE (Certificados pelo Órgão estatutariamente competente da Instituição responsável)	
Elaboração de projectos ou programas	
1.	Instituição:
2.	Instituição:
3.	Instituição:
Operacionalização ou acompanhamento de projectos ou programas	
1.	Instituição:
2.	Instituição:
3.	Instituição:

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES DE CARIZ CIENTÍFICO NO ÂMBITO DA SAÚDE

Livros e/ou Artigos Publicados/Traduções	Editor/Publicação	Ano
Comunicações	Local	Ano

TEMPO DE SERVIÇO COMO ENFERMEIRO

_____ (Anos)

Data: ____ / ____ / _________
(Assinatura)