**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

**DECLARO**, para os fins exclusivos de comprovação para o **PROCESSO SELETIVO INTERNO**, para exercer o cargo de **ASSESSOR TÉCNICO EM SAÚDE PÚBLICA I**, que o(a) Sr(a). **....................................., RG ......................., RS/PV .......................,** nome da classe......., Lei nº ............, Ref. ........, Grau ........., E.V.N. .........., lotado(a) neste ................................ (nome da unidade), da Coordenadoria de ..................., ingressou no serviço público em ......./....../........, conforme D.O.E. de ...../....../......, e permanece em exercício até a presente data no(a) ...................................... (nome da unidade), da Coordenadoria de ........................................., da Secretaria de Estado da Saúde.

**DECLARO** que o(a) interessado(a) teve as seguintes situações em **CARGO DE INGRESSO:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.O.E.** | **ÍNICIO DO EXERCÍCIO** | **CARGO** | **UNIDADE** | **ÁREA/SETOR** | **DATA DA DEMISSÃO/EXONERAÇÃO** | **D.O.E.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

No período de **......./......./........ a ......./....../.......** o(a) interessado(a) conta com o tempo bruto de ............. dias, ou seja, **..... anos, ..... meses e ..... dias.**

**DECLARO** que o(a) interessado(a) teve as seguintes situações em **CARGO EM COMISSÃO:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.O.E.** | **ÍNICIO DO EXERCÍCIO** | **CARGO** | **UNIDADE** | **ÁREA/SETOR** | **DATA DA CESSAÇÃO/EXONERAÇÃO** | **D.O.E.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARO,** ainda, que o interessado possui **..... anos, .... meses e .... dias** de experiência em secretariado escolar, rotinas escolares, capacitação, treinamento, formação, desenvolvimento e educação para o trabalho em saúde.

São Paulo, ..... de ................... 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(carimbo e assinatura do dirigente do setor de RH)

Inserir rodapé com Setor / Unidade / Coordenadoria / Endereço / Telefone