|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  **Coordenadoria de Ciência, Tecnologia**  **e Insumos Estratégicos de Saúde**  **Instituto de Saúde** |  |

**Rede Paulista de ATS**

**OFICINA DE PARECERES TÉCNICO-CIENTÍFICOS – INSCRIÇÃO**

**O Núcleo de Avaliação Tecnológica em Saúde da Faculdade de Medicina da UNOESTE organiza e colabora para sua realização.**



**Duração:** 16 horas

**Datas:** 23 e24 de abril de 2015

**Nro de vagas:** 45 (preenchidas por ordem de inscrição)

**Local:** Anfiteatro Jasmim – Bloco B – Campus I

Faculdade de Medicina da UNOESTE de Presidente Pudente

|  |  |
| --- | --- |
| Venho requerer a V. Sª minha inscrição na **Oficina de Pareceres Técnico-Científicos (PTC)**, promovida pela Rede Paulista de ATS/Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ministrada por esta e o Instituto de Saúde e em parceria com a Faculdade de Medicina da UNOESTE de Presidente Pudente.  **[ENVIE PARA** [**oficina.ats@unoeste.br**](mailto:oficinaats@unoeste.br) **AGUARDE CONFIRMAÇÃO]** | |
| **Identificação** | |
| Nome: | |
| Idade: | |
| **Formação** | |
| Formação em: | |
| Ano de formatura: | |
| Especialização: ( ) não ( ) sim | |
| Em que? | |
| Pós-graduação: ( ) não ( ) sim | |
| Tipo: ( ) mestrado ( ) doutorado ( ) pós doutorado | |
| **Área de atuação profissional** | |
| Local de trabalho: | |
| Anos de trabalho na instituição: | |
| Função que exerce: | |
| Interface do seu trabalho com a Avaliação de Tecnologia em Saúde: | |
| **Cursos de Avaliação de Tecnologia em Saúde** | |
| Já fez algum curso de Avaliação de Tecnologia em Saúde? ( ) sim ( ) não | |
| Qual curso? | |
| Qual sua expectativa para esta oficina de PTC? | |
| **Dados para contato:** | |
| Telefone: ( ) | Celular: ( ) |
| E-mail: | |