|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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.**

![G:\[Clientes]\Unoeste Outros\2011\mANUAL DE iDENTIDADE vISUAL\banner - apresentação cientifica-02.jpg]()

**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** **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: |