

ANEXO I - MEMORIAL DESCRITIVO

O Memorial Descritivo deverá:

- 14.10.1 Descrever seu envolvimento e interesse pela saúde e cuidados com a pessoa idosa.
- 14.10.2. Descrever, de modo a contextualizar, a área de atuação e sua trajetória profissional.
- 14.10.3. Revelar a relevância do curso para seu processo de trabalho e para a instituição onde atua.
- 14.10.4. Informar qual o campo de interesse de estudo para o Trabalho de Conclusão de Curso.
- 14.10.5. Ter no máximo duas laudas em formato A4, letra tipo Arial tamanho 12, espaço 1,5. Local, data e assinatura do candidato.

Memorial Descritivo		
Critérios	Pontuação máxima	Pontuação do Candidato
1. Área de Atuação e Trajetória Profissional	3	
2. Relevância do Curso e Interesse pela Saúde do Idoso	2	
3. Campo de interesse para o TCC	2	
Total	7	



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU E EXTENSÃO

ANEXO II - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

À Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Eu, _____, Portador do documento de identidade _____, venho por meio deste, solicitar à Vossa Senhoria o deferimento da matrícula no Curso de Especialização em Gerontologia, nesta instituição de ensino.

Nestes termos, peço deferimento.

Local: _____, ____/____/____

Local, data e assinatura do candidato.

Obs: Este documento só terá validade após deferimento pela Coordenação dos Cursos de Pós-Graduação *lato sensu* e Extensão, com devida assinatura e carimbo.



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU E EXTENSÃO

ANEXO III - TERMO DE COMPROMISSO PARA PARTICIPAÇÃO EM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Eu, _____, Matrícula (caso seja servidor) ou CPF _____, nome do órgão de exercício ou local de trabalho _____, ocupante do cargo ou contratado para _____ (se aplicável), declaro que fui autorizado por minha chefia imediata a participar da Especialização em Gerontologia, que será realizada pela Escola Superior de Ciências da Saúde, no período de Outubro de 2022 a Outubro de 2023, conforme Edital, e que os custos de minha participação, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), serão integralmente financiados pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS.

Por esse motivo, comprometo-me a cumprir fielmente com as seguintes obrigações:

1. aplicar as competências e conhecimentos adquiridos em minhas atividades profissionais;
2. permanecer como servidor público ocupante de cargo efetivo ou empregado público pelo mesmo período de duração do curso após a sua conclusão, se possuir vínculo com a Administração Pública;
3. dar ciência por escrito à CPLE/ESCS/FEPECS de toda e qualquer alteração de órgão de exercício durante o período previsto para conclusão do curso, permitindo o acompanhamento de minhas atividades, por meio do email: gsp@escs.edu.br; em caso de descumprimento do item 3.9 do Edital, ressarcir à FEPECS do valor do Curso, correspondente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) à vista, ou em até 12 parcelas de R\$ 833,00 (oitocentos e trinta e três reais), corrigidos monetariamente, conforme cronograma de pagamento definido pela GEOF/UAG/FEPECS; e
4. ressarcir à FEPECS o valor integral do curso, corrigido monetariamente, conforme cronograma de pagamento determinado pela GEOF/UAG/FEPECS, nos casos de cancelamento de matrícula por minha iniciativa, e nas demais hipóteses de desligamento do curso previstas no item 3.9 do Edital.

Local: _____, ____/____/____

Local, data e assinatura do candidato.