



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde

CURRÍCULO ACADÉMICO E PROFISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Nome Completo _____

Portador do Cartão de Cidadão N.º _____

Instituição onde exerce a atividade Profissional _____

CONTACTOS

Telefone _____ Telemóvel _____ Email _____

A) FORMAÇÃO ACADÉMICA (pontuação máxima 10 valores)

Licenciatura(s) ou equivalente legal (pontuação máxima 8 valores)

Outras Formações (pontuação máxima 2 valores):

Pós-Graduação(s) _____

Pós-Licenciatura de Especialização _____

Mestrado(s) _____



B) – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (pontuação máxima 10 valores)

1 – FORMAÇÃO CONTÍNUA

No âmbito da formação permanente em Enfermagem **ÚLTIMOS 10 ANOS** (máximo 2 valores)

Como Formador (pontuação máxima 1 valor):

N.º de horas _____

Como Formando (pontuação máxima 1 valor):

Formação na área da enfermagem N.º de horas _____

Formação na área de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica N.º de horas _____

2- FUNÇÕES DESEMPENHADAS NO ÂMBITO DA:

(pontuação máxima 2 valores)

Gestão de serviços/unidades N.º de anos _____

Responsabilidade pela Formação em Serviço N.º de anos _____

Colaboração na Gestão de serviços/unidades N.º de anos _____

3 – ATIVIDADE CIENTÍFICA

Publicações, comunicações, projetos e trabalhos de investigação no âmbito da Enfermagem devidamente certificados (pontuação máxima 3 valores):

Publicações em revistas indexadas N.º de Publicações _____

Publicações em revistas não indexadas N.º de Publicações _____

Comunicações N.º de Comunicações _____

Participação em Projetos N.º de Projetos _____

Trabalhos de Investigação N.º de Trabalhos _____

Só serão aceites os projetos e os trabalhos de investigação integrados no desenvolvimento do conteúdo funcional dos enfermeiros e excluem-se os efetuados durante a formação académica.



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde

4 – TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (pontuação máxima 3 valores)

Tempo de exercício profissional **N.º de anos** _____

Tempo de exercício profissional no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica **N.º de anos** _____

Nota: Devem ser apresentados os documentos comprovativos dos dados curriculares mencionados.

Data: _____/_____/_____

O Candidato: _____