

PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM DECORRÊNCIA DA COVID-19 (QUALIFICA COVID)

PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO

Dados do bolsista/profissional:

Nome: _____

Função: _____

Carga horária: () 20 horas () 30 horas () 36 horas () 40 horas

Horário de atuação: _____

Data de início: ____/____/____.

Local de Atuação no Programa Qualifica COVID:

Regional de Saúde: _____

Município: _____

Unidade: _____

1-Descrever as atividades de Prática Profissional que serão realizadas pelo bolsista em pelo menos uma das seguintes áreas: (Gestão / Atenção / Vigilância em Saúde), nas ações para enfrentamento em decorrência da COVID-19.

2- Relacionar as atividades de Formação em Saúde (Artigo 20. Parágrafo 2º) que deverão ser realizadas pelos bolsistas durante sua participação no programa com no **mínimo 20 horas** de curso/capacitação, na modalidade EAD.

Os cursos sobre o COVID-19 se encontram disponíveis no endereço eletrônico abaixo.

<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=191>

Nome do Curso/Capacitação	Carga horária	Período de realização

_____, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Coordenador Local
(Carimbo)

Assinatura do(a) Profissional/Bolsista

Obs: Ao final da participação do bolsista no Programa o coordenador local deverá encaminhar à ESPP-CFRH via e-protocolo: SESA/ESPP/ED as cópias das Folhas Ponto (eventuais atestados médicos), Plano Individual de Trabalho para emissão do certificado, termo de responsabilidade, Declaração de Acúmulo de cargos.