**PROGRAMA CBO LIDERANÇAS**

***FORMULÁRIO DE NOMEAÇÃO***

**Instruções:**

Esta nomeação será revisada pela Comissão de Seleção do Programa “Desenvolvimento de Lideranças”. Preencha este formulário com letra de forma ou diretamente no computador com todas as informações solicitadas. Podem ser usadas folhas adicionais para completar suas respostas. **Por favor, não repita a informação solicitada se esta já estiver mencionada no Curriculum Vitae. O Comitê de Seleção revisará com todo cuidado todas as nomeações e, para tanto, requer que o formulário esteja completo.**

**SOCIEDADE:** Favor completar a **seção A**

**CANDIDATO:** Favor completar a **seção B**

**DATA LIMITE: 01 JUNHO 2018**

**Seção A** (Deve ser preenchida pela Sociedade Estadual de Oftalmologia ou Sociedade de Subespecialidade filiada ao CBO)

**Informação do Candidato:**

Nome do (a) Candidato (a):

Endereço:

Cidade: Estado:

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

Telefone: Fax:

Endereço eletrônico: Tipo de atividade clínica:\_\_\_\_

Há quantos anos você é membro titular do CBO? \_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de emissão do título de especialista:\_\_\_\_\_\_\_

Formação Médica (Faculdade/Ano de Formatura) :

Formação Oftalmológica (Serviço/Ano de Formatura) :

**Descrição da Participação na Sociedade Nomeadora**

I) Número de anos como membro da Sociedade

II) Cite as atividades nas quais o candidato tenha participado dentro da Sociedade (i.e. posições de liderança, comitês, nível de responsabilidade, etc.)

III) Cite qualquer atividade de organização ou liderança que o candidato tenha realizado em outras organizações médicas.

IV) Cite quais outras Sociedades Médicas o candidato é membro.

V) Em seu conhecimento, o candidato tem mantido uma prática ética, de acordo com os princípios da Associação Médica Brasileira e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia?

VI) Explique como a participação desse candidato no Desenvolvimento de Lideranças beneficiará a sua organização?

VI) Preencha o(s) nome(s), cargo(s) da pessoa que está apoiando esta candidatura e o nome da Sociedade interessada. Complete toda a informação solicitada.

Nome:

Cargo:

Sociedade:

Endereço:

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço eletrônico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: Fax:

Há quantos anos você é membro titular do CBO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de emissão do título de especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seção B** (Deve ser preenchida pelo candidato)

I) Descreva qual é o seu interesse no Curso CBO Lideranças, incluindo porque deveria ser selecionado para participar neste Programa (Use folhas adicionais se for necessário).

II) Descreva de que maneira a sua participação no Desenvolvimento de Lideranças, beneficiará a sua Sociedade. (Use folhas adicionais se for necessário)

III) Além de participar na Sociedade de seu estado, você está interessado em participar em atividades do CBO: comissões ou projetos. Por favor, descreva suas áreas de interesse ou experiência.

IV) No caso de ser selecionado, aceito participar em todas as atividades do Programa “Desenvolvimento de Lideranças”. (por exemplo: comparecer às reuniões e realizar os projetos solicitados). (Leia cuidadosamente a descrição do programa no Delineamento Geral do Desenvolvimento de Lideranças)

Sim Não

Assinatura do Candidato Data

Por favor, inclua uma foto digital do candidato (tipo passaporte) e qualquer informação adicional, que considere pertinente, para ser analisada pelo Comissão de Seleção do Programa “Desenvolvimento de Lideranças”.

*Envie este formulário com toda a informação solicitada antes do dia* **01 DE JUNHO 2018*,*** *para o e-mail* [assessoria@cbo.com.br](mailto:assessoria@cbo.com.br) .