

ANEXO I – FORULÁRIO DE INSCRIÇÃO

| Formulário de Inscrição | |
|--|---|
| Processo Seletivo Simplificado - 08/2021 | |
| Cargo Pretendido: <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta 20 horas <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta 40 horas <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo <input type="checkbox"/> Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/> Auxiliar de Consultório Odontológico <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde | |
| OBS: O CANDIDATO PODERÁ OPTAR SOMENTE PARA UMA VAGA (SÓ UM CARGO E LOCALIDADE). | |
| Nome do candidato: | |
| Naturalidade: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Documento: _____ <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> Certificado Reservista <input type="checkbox"/> carteira indent. profissional | |
| Endereço: | |
| Bairro: | Cidade: _____ UF: _____ |
| CEP: | Telefone: () _____ |
| E-mail: | |
| Candidato(a) portador (a) de deficiência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Apresentou atestado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Em caso de deficiência descrever abaixo a deficiência: _____ _____ | |

Declaração

Declaro, sob as penas da lei, que me responsabilizo pela veracidade das informações aqui prestadas e que atendo às condições exigidas para a inscrição ao cargo pretendido. Submeto-me às condições estabelecidas no edital, as quais afirmo conhecer e concordar plenamente.

Rio Brilhante - MS ____ / ____ / 2021

Assinatura do Candidato

| Comprovante de inscrição |
|--|
| Processo Seletivo Simplificado Secretaria de Saúde – PSS – Edital nº 008/2021 |
| Cargo Pretendido: <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta 20 horas <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta 40 horas <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo <input type="checkbox"/> Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/> Auxiliar de Consultório Odontológico <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde |
| Rio Brilhante – MS, _____ |
| Assinatura e Carimbo do Responsável do Protocolo |