

**ANEXO I – FORULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

<b>Formulário de Inscrição</b>	
<b>Processo Seletivo Simplificado - 08/2021</b>	
<b>Cargo Pretendido:</b> <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	
<b>OBS: O CANDIDATO PODERÁ OPTAR SOMENTE PARA UMA VAGA (SÓ UM CARGO E LOCALIDADE).</b>	
<b>Nome do candidato:</b>	
<b>Naturalidade:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Documento:</b> _____ <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> Certificado Reservista <input type="checkbox"/> carteira indent. profissional	
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b> _____ <b>UF:</b> _____
<b>CEP:</b>	<b>Telefone:</b> (   ) _____
<b>E-mail:</b>	
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

<b>Comprovante de inscrição</b>
<b>Processo Seletivo Simplificado Secretaria de Saúde – PSS – Edital nº 008/2021</b>
<b>Cargo Pretendido:</b> <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, _____
<b>Assinatura e Carimbo do Responsável do Protocolo</b>