SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL N° 14/2016
FORMULARIO DE INSCRIÇAO

Nº INSCRIÇAO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

CPF ___.___.___-__ **DATA NASCIMENTO** __/__/____ **DOCUMENTO DE IDENTIDADE** **ORG. EXP.** **UF**

SEXO **M** ☐ **F** ☐ **TITULO DE ELEITOR** **SEÇÃO** **ZONA** **NACIONALIDADE**

ESTADO CIVIL

☐ **SOLTEIRO** ☐ **CASADO** ☐ **SEPARADO** ☐ **DIVORCIADO** ☐ **VIÚVO** ☐ **UNIÃO ESTÁVEL**

CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA?

☐ **SIM** ☐ **NÃO** **QUAL?** _____

ENDEREÇO PARA CONTATO

RUA **N°**

COMPLEMENTO **BAIRRO** **CEP** _____-___

MUNICÍPIO **UF**

DDD **TEFEFONE** **DDD** **CELULAR**

E-MAIL

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente e de acordo com as normas do Edital do Processo Seletivo n°14/2016, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Teresa/ES, e que as informações acima prestadas são absolutamente verdadeiras. Estou ciente de que em qualquer fase do processo poderei ser desligado, caso estas informações não sejam verdadeiras.

Santa Teresa - ES, ____de_____de 2016

_____
Assinatura do Candidato

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA TERESA/ES
EDITAL N° 14/2016
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO

CARGO	Nº INSCRIÇÃO

_____
Assinatura do Candidato

_____
Assinatura do Responsável

Santa Teresa - ES, ____de_____de 2016