|  |
| --- |
| **ANEXO 6 - FICHA DE INSCRIÇÃO** |

|  |
| --- |
| **Inscrição nº:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Função:** |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Limas) |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Pedra Negra de Cima e Pedra Negra de Baixo) |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Várzea da Cachoeira) |
|  | Auxiliar de Consultório Odontológico – ESF |
|  | Enfermeiro – ESF |
|  | Médico – ESF |
|  | Odontólogo – ESF |
|  | Técnico de Enfermagem – ESF |

|  |
| --- |
| **Nome do(a) Candidato(a):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sexo:**  Feminino Masculino | **Estado Civil:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Naturalidade:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documento de Identidade (RG):** | **CPF:** | |
| **Título de Eleitor(a):** | **Seção:** | **Zona:** |

|  |
| --- |
| **Número(s) de Telefone(s):** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Endereço Completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cep:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| É portador de alguma deficiência? Sim Não  Informe o tipo de deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Requer inscrição como Portador de Necessidades Especiais, apresentando Laudo Médico com Código Internacional de Doenças (CID) na via original ou cópia reprográfica autenticada. |

Declaro ainda, sob pena da Lei, que possuo os documentos comprobatórios das condições exigidas para a inscrição, bem como aceito as exigências especificadas no respectivo edital.

Igaratinga, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018.

**Assinatura do(a) Candidato(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2018**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA**

**COMPROVANTE DO(A) CANDIDATO(A)**

|  |
| --- |
| **Inscrição nº:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Função:** |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Limas) |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Pedra Negra de Cima e Pedra Negra de Baixo) |
|  | Agente Comunitário de Saúde Zonas Rurais – ESF (Várzea da Cachoeira) |
|  | Auxiliar de Consultório Odontológico – ESF |
|  | Enfermeiro – ESF |
|  | Médico – ESF |
|  | Odontólogo – ESF |
|  | Técnico de Enfermagem – ESF |

|  |
| --- |
| **Nome do(a) Candidato(a):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documento de Identidade (RG):** | **CPF:** |

Igaratinga, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018.

**Assinatura do(a) Candidato(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_