

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

ANEXO II

FICHA DE INSCRIÇÃO			
I - Cargo / Função:			
II - Dados Pessoais			
3 - Nome Completo:			
4 - RG: (N.º - Órgão Emissor)	5 - Data Emissão RG: / /	6 - CPF	7 - Data Nasc.: / /
8 - Nacionalidade:	9 - Naturalidade:		10 - Sexo: Masc. Fem.
11 - Nome do Pai:		12 - Nome da Mãe:	
III - Dados Complementares I (Contato)			
13 - Endereço (Rua, AV, etc.):			
14 - Número:	15 - Complemento:	16 - Bairro:	
17 - Cidade:		18 - UF:	19 - CEP:
20 - Fone 1: () -	21 - Fone 2: () -	22 - Fone 3 (Recado) () -	
23 - email:			
IV - Dados Complementares II (Formação)			
24 - Nível de Instrução: <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Doutor			
25 - Formação (Graduação):			
26 - Instituição:			27 - Ano de Conclusão:

Declaro ter ciência de que o preenchimento e assinatura desta ficha de inscrição implica na aceitação das condições do Processo Seletivo Simplificado para a UPA Cruz das Armas - EDITAL N.º. 001/2016/SMS/DGTES.

Data: / / 2016

Assinatura do Candidato
(Igual à assinatura do documento de Identificação)

Comprovante de Inscrição

Nome do Candidato:	_____
Cargo inscrito:	_____
Portador de Necessidades Especiais:	SIM NÃO
Data da inscrição:	____ / ____ / 2016
_____ Assinatura da Comissão	