

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2022 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2022 - DE 10 A 14 DE JANEIRO DE 2022

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		CPF:
Identidade nº:	Órgão Emissor:	Data Nasc.: / /
E-mail:	Tel fixo: ()	Cel: ()

2. ENDEREÇO:

Rua:		
Cond.:	Bloco:	Apto:
Bairro:	CEP:	nº:
Cidade:	UF:	

3. ESCOLARIDADE:

Nível Médio Nível Médio Técnico/Profissionalizante Nível Superior

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agente de Higienização PCD | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Manutenção PCD | <input type="checkbox"/> Motorista PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista de GP PCD | <input type="checkbox"/> Auxiliar de TIC PCD | <input type="checkbox"/> Nutricionista PCD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo PCD | <input type="checkbox"/> Controlador de Acesso PCD | <input type="checkbox"/> Op. (a) de Teleatendimento PCD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social PCD | <input type="checkbox"/> Controlador de Acesso 12x36 PCD | <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo de Suprimentos PCD | <input type="checkbox"/> Copeiro (a) PCD | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Enfermagem PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo Pleno PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) Sênior PCD | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Seg. do Trabalho PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo de RH PCD | <input type="checkbox"/> Farmacêutico (a) PCD | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de TIC PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Atendimento Pleno PCD | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo (a) PCD | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Faturamento PCD | <input type="checkbox"/> Médico (a) Pneumologista PCD | |

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:

5.1 No caso de pessoa com deficiência física:

5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da entrevista:

5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade () sim ou () não.

DECLARO que conheço e concordo com a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais pelo ISG, de acordo a Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.

Pariquera-Açu, ____/____/____ de 2021

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2022 – DE 10 A 14 DE JANEIRO DE 2022

NOME:	
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:
ASSINATURA ISG:	HORA:

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
10, 11, 12, 13 e 14/01/2022	Período de Inscrição
A partir do dia 24/01/2022	Início das entrevistas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	