

Verificado por: \_\_\_\_\_

Qtd: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU  
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES  
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 003/2024 – 05 a 07 de Junho de 2024

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"/> Psicólogo (a)                   |
| <input type="checkbox"/> Analista de GP                    | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Enfermagem       |
| <input type="checkbox"/> Analista de DP                    | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Seg. Do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Analista de TI                    |  |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo Pleno PCD |  |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Atendimento Pleno PCD |  |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Manutenção            |  |

**Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: [www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)**

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? Assinalar abaixo:

Física  Auditiva  Visual  Intelectual  Mental  Múltiplas

5.1 No caso de pessoa com deficiência: Identificar o CID

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 (Em caso do SIM, identificar cargo e área de atuação do familiar).

( ) sim ou ( ) não

Cargo:

Área:

5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público, em caso SIM, identificar. (Agente Público entende-se, é aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública).

( ) 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 2024.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU

[WWW.ISGSAUDE.ORG](http://WWW.ISGSAUDE.ORG)

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2024 – 05 a 07 de Junho de 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
05, 06, 07/06/2024	Período de Inscrição
A PARTIR DE 13/06/2024	Início das Provas
A PARTIR DE 19/06/2024	Início das entrevistas
A PARTIR DE 01/07/2024	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a>	