

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2024 – 20 a 22 de Agosto 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 | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Manutenção | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Seg. do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Analista de GP | <input type="checkbox"/> Controlador (a) de Acesso | |
| <input type="checkbox"/> Analista de DP | <input type="checkbox"/> Farmacêutico (a) | |
| <input type="checkbox"/> Assistente de Comunicação | <input type="checkbox"/> Motorista Administrativo | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo Pleno PCD | <input type="checkbox"/> Nutricionista | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Atendimento Pleno PCD | <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia | <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Enfermagem do Trabalho | |

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: 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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 – 20 a 22 de Agosto de 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
20, 21, 22/08/2024	Período de Inscrição
A PARTIR DE 28/08/2024	Início das Provas
A PARTIR DE 04/09/2024	Início das entrevistas
A PARTIR DE 16/09/2024	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	