

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2023 – 16 A 18 DE OUTUBRO DE 2023

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"/> Analista de GP | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Atendimento Pleno | <input type="checkbox"/> Motorista Administrativo |
| <input type="checkbox"/> Assistente de Comunicação | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Faturamento | <input type="checkbox"/> Op. (a) de Teleatendimento |
| <input type="checkbox"/> Assistente de GP | <input type="checkbox"/> Controlador de Acesso | <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo de RH | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Sênior | |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo Pleno | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo | |

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 () 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 2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES- PARIQUERA-AÇU

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2023 – 16 A 18 DE OUTUBRO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
16 A 18/10/2023	Período de Inscrição
A partir de 25/10/2023	Início das Provas
A partir de 31/10/2023	Início das entrevistas
A partir de 10/11/2023	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	