

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME SJC
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – EDITAL 001/2025 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – EDITAL 001/2025 – 22, 23 e 24 DE JANEIRO DE 2025

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:	Estado:	

3. ESCOLARIDADE:

Nível Médio Nível Médio Técnico/Profissionalizante Nível Superior

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

<input type="checkbox"/> ANALISTA DE COMUNICAÇÃO PCD	<input type="checkbox"/> COPEIRO PCD	<input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE INFORMÁTICA PCD
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL PCD	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO PCD	<input type="checkbox"/> OPERADOR DE TELEATENDIMENTO PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE RADIOLOGIA PCD
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL PCD	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PCD	<input type="checkbox"/> PSICÓLOGO PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO PCD
<input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD	<input type="checkbox"/> FATURISTA PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD	
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA PCD	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE GOVERNANÇA (LIMPEZA) PCD	<input type="checkbox"/> FONOAUDIOLÓGO PCD	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE FARMÁCIA PCD	

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no 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.

São José dos Campos _____ de janeiro de 2025.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME SJC

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – EDITAL 001/2025 – 22, 23 e 24 DE JANEIRO DE 2025.

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
22 a 24/01/2025	Período de Inscrição
A partir de 27/01/2025	Início das provas objetivas
A partir de 28/01/2025	Início das entrevistas
Até 07/02/2025	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	