

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME SJC

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – EDITAL 002/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – EDITAL 002/2023 – 30 E 31 DE JANEIRO E 01 DE FEVEREIRO 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:	Estado:	

3. ESCOLARIDADE:

Nível Médio Nível Médio Técnico/Profissionalizante Nível Superior

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL PCD | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA PCD |
| <input type="checkbox"/> ANALISTA DE SUPORTE (Tecnologia da Informação e Comunicação) PCD | <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLÓGO PCD |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL PCD | <input type="checkbox"/> OPERADOR DE TELEATENDIMENTO PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD | <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE GOVERNANÇA (LIMPEZA) PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD |
| <input type="checkbox"/> COPEIRO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE FARMÁCIA PCD |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE INFORMÁTICA PCD |
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE RADIOLOGIA PCD |
| <input type="checkbox"/> FATURISTA 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 _____ de 2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME SJC

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – EDITAL 002/2023 – 30 E 31 DE JANEIRO E 01 DE FEVEREIRO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
30/01/2023 a 01/02/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 08/02/2023	Início das entrevistas
Até 16/02/2023	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	