

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](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.

São José dos Campos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME SJC  
[WWW.ISGSAUDE.ORG](http://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: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a>	