

Verificado por: _____
Qtd.: _____
Data: ____/____/____
Horário: ____:____

**CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO
CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL - GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2023 – DE 21 DE AGOSTO A 23 DE AGOSTO 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 COMUNICAÇÃO | <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO REGULADOR | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| <input type="checkbox"/> ANALISTA DE GESTÃO DE PESSOAS | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA – PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO |
| <input type="checkbox"/> ANALISTA FINANCEIRO | <input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE NUTRIÇÃO-PCD |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | <input type="checkbox"/> MÉDICO DO TRABALHO | <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO - PCD | <input type="checkbox"/> MOTORISTA | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO NISP | <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO HOSPITALAR - PCD | <input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL |

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?

FÍSICA AUDITIVA VISUAL INTELLECTUAL 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.

Goiânia, _____/ AGOSTO de 2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

**CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL
WWW.ISGSAUDE.ORG**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2023– DE 21 DE AGOSTO A 23 DE AGOSTO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

| DATA | DISCRIMINAÇÃO |
|--------------------|---|
| 11/08/2023 | PUBLICAÇÃO DO EDITAL |
| 21 a 23/08/2023 | INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;</u> |
| 24/08/2023 | PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR |
| 25/08/2023 | PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;</u> |
| 29/08/2023 | CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE. |
| 31/08 e 01/09/2023 | EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL |
| 05/09/2023 | PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA. |

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org