

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO

CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2022 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

CEAP-SOLCentro Estadual de Atenção Prolongada
e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2022 – DIAS 11/07/2022 a 15/07/2022****1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:	CPF:
Identidade nº:	Órgão Emissor:
E-mail:	Tel fixo: ()
	Data Nasc.: / /
	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"/> ASSISTENTE SOCIAL PCD | <input type="checkbox"/> FATURISTA PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO PCD |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PCD | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD | <input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA PCD | <input type="checkbox"/> MÉDICO DO TRABALHO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL PCD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE LAVANDERIA PCD | <input type="checkbox"/> MOTORISTA PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE TI PCD |
| <input type="checkbox"/> BIOMÉDICO PCD | <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA PCD | <input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL PCD |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO PCD | <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO HOSPITALAR PCD | |
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PCD | <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD | |

*Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org***5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:**

5.1 No caso de pessoa com deficiência:

5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da prova:

5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade?

5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público?

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/GO, ____/____/____ de 2022.

ASSINATURA LEGÍVEL**CEAP-SOL**Centro Estadual de Atenção Prolongada
e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade

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 005/2022 – De 11/07/2022 a 15/07/2022

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
01/07/2022	Publicação do Edital
11/07/2022 a 15/07/2022	Inscrições. Horário: Das 09:00 às 14:00
19/07/2022	Publicação do resultado da avaliação curricular
20/07/2022	Prazo de recurso da primeira fase. Horário: Das 08:00 às 16:00
22/07/2022	Convocação para segunda fase
25/07/2022 a 27/07/2022	Execução da segunda fase: Prova Oral
29/07/2022	Publicação do Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	