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

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 - GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2024 – PCD - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2024 – PCD - DE 04 DE MARÇO A 07 DE MARÇO DE 2024

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

☐ ANALISTA ADMINISTRATVO. PCD	☐ ENFERMEIRO PCD	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD
☐ ANALISTA DE GEST.DE PESSOAS PCD	☐ ENFERMEIRO (SCIH) PCD	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO PCD
☐ ANALISTA FINANCEIRO PCD	☐ FARMACÊUTICO PCD	☐ TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PCD
☐ ASSISTENTE SOCIAL PCD	☐ FATURISTA PCD	☐ TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO PCD
☐ ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PCD	☐ FISIOTERAPEUTA PCD	☐ TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL PCD
☐ AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD	☐ FONOAUDIÓLOGO PCD	☐ TÉCNICO DE TI PCD
☐ AUXILIAR FARMÁCIA PCD	☐ MOTORISTA PCD	☐ TERAPEUTA OCUPACIONAL PCD
☐ AUXILIAR DE LAVANDERIA PCD	☐ NUTRICIONISTA PCD	
☐ BIOMÉDICO PCD	☐ PSICÓLOGO HOSPITALAR PCD	

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

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?

☐ 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 exercefunções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, siginifcando 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, _____/_____ de 2024.

_____
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 001/2024 – PCD - DE 04 DE MARÇO A 07 DE MARÇO DE 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
23/02/2024	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
04/03 à 07/03/2024	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS **09:00** ÀS **14:00**;
12/03/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
13/03/2024	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS **08:00** ÀS **16:00**;
14/03/2024	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
18/03/2023 à 22/03/2024	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
28/03/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

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