

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 001/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2023 – DIAS 16 a 18/01/2023

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 <input type="checkbox"/> Nível Médio Técnico/Profissionalizante <input type="checkbox"/> Nível Superior <input type="checkbox"/>			
4. CARGO AO QUAL CONCORRE			
<input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas <input type="checkbox"/> Técnico em Edificações <input type="checkbox"/> Enfermeiro (SCIH) <input type="checkbox"/> Técnico em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Engenheiro Civil <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional			
<i>Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org</i>			
5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?			
<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> 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 exercerfunções 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, ____/____ 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 001/2023 – DIAS 16 a 18/01/2023			
NOME:			
CARGO:		QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
ASSINATURA ISG:		HORA:	

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
04/01/2023	Publicação do Edital
16 a 18/01/2023	Inscrições. Horário: Das 09:00 às 14:00
20/01/2023	Publicação do resultado da avaliação curricular
23/01/2023	Prazo de recurso da primeira fase. Horário: Das 08:00 às 16:00
25/01/2023	Convocação para segunda fase
26 e 27/01/2023	Execução da segunda fase: Prova Oral
31/01/2023	Publicação do Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	