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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2023 * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 003/2023 – DE 03 DE JULHO A 05 DE JULHO 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

☐ ANALISTA DA QUALIDADE	☐ ENFERMEIRO DO TRABALHO	☐ NUTRICIONISTA
☐ ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO	☐ ENFERMEIRO SCIH	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD
☐ ANALISTA FINANCEIRO/CUSTOS	☐ ENGENHEIRO CLÍNICO	☐ TÉCNICO EM ELETRÔNICA
☐ ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PCD	☐ ENGENHEIRO DO TRABALHO	☐ TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
☐ AUDITOR EM SAÚDE	☐ FATURISTA	☐ TELEFONISTA
☐ AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD	☐ MÉDICO DO TRABALHO	☐ TUTOR DE CAMPO
☐ AUXILIAR DE FARMÁCIA	☐ MÉDICO INFECTOLOGISTA	☐ TUTOR DE ENFERMAGEM
☐ ENFERMEIRO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA	☐ MONITOR DE BRINQUEDOTECA	☐ TUTOR DE FISIOTERAPIA
☐ ENFERMEIRO DO NHVE	☐ MOTORISTA	☐ TUTOR DE NUTRIÇÃO
		☐ TUTOR DE PSICOLOGIA

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 2023.

_____
ASSINATURA LEGÍVEL

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
WWW.ISGSAUDE.ORG
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2023– DE 03 DE JULHO A 05 DE JULHO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
20/06/2023	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
03/07/2023 a 05/07/2023	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS **08:00** ÀS **14:00**;
10/07/2023	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
11/07/2023	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS **08:00** ÀS **16:00**;
14/07/2023	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
17/07/2023 à 19/07/2023	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
21/07/2023	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.