



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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
 GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012
 FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2024 – 07/10/2024 à 09/10/2024

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 <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 GP - DESENVOLVIMENTO <input type="checkbox"/> CONDUTOR DE PACIENTE - MAQUEIRO <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE TI <input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO CME/CC <input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> TUTOR DE PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE LAVANDERIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE LABORATÓRIO		
Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org		
5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?		
<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> INTELLECTUAL <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 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, ____/____/____ de 2024.		
_____ ASSINATURA LEGÍVEL		
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG		
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 – 07/10/2024 à 09/10/2024		
NOME:		
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
ASSINATURA ISG:	HORA:	

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
30/09/2024	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
07/10/2024 à 09/10/2024	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 14:00;
11/10/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
14/10/2024	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;
17/10/2024	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
21/10/2024 à 23/10/2024	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
Até 25/10/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.