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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2024 - PCD * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2024 - PCD – DE 15 DE JANEIRO A 17 DE JANEIRO 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 DA QUALIDADE PCD	☐ AUXILIAR DE LAVANDERIA PCD	☐ NUTRICIONISTA PCD
☐ ANALISTA DE ANÁLISES CLÍNICAS PCD	☐ BIBLIOTECÁRIO PCD	☐ PSICÓLOGO HOSPITALAR PCD
☐ ANALISTA DE DESENV. PCD	☐ ENFERMEIRO PCD	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM PCD
☐ ANALISTA DE GP PCD	☐ ENFERMEIRO CME/CC PCD	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME/CC PCD
☐ ANALISTA FINANCEIRO PCD	☐ ENFERMEIRO DA ED. PERMANENTE PCD	☐ TÉCNICO DE LABORATÓRIO PCD
☐ ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PCD	☐ ENFERMEIRO DO NHVE PCD	☐ TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PCD
☐ ASSISTENTE FINANCEIRO PCD	☐ ENFERMEIRO DO TRABALHO PCD	☐ TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO PCD
☐ ASSISTENTE SOCIAL PCD	☐ ENFERMEIRO GESTOR DE LEITOS PCD	☐ TÉCNICO DE TI PCD
☐ AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD	☐ ENFERMEIRO SCIH PCD	☐ TÉCNICO EM ELETRÔNICA PCD
☐ AUXILIAR DE FARMÁCIA PCD	☐ FARMACÊUTICO PCD	☐ TERAPEUTA OCUPACIONAL PCD
☐ AUX. DE GESTÃO DE PESSOAS PCD	☐ FISIOTERAPEUTA PCD	☐ TUTOR DE _____
	☐ FONOAUDIÓLOGO 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

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

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2024 – DE 15 DE JANEIRO A 17 DE JANEIRO DE 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
04/01/2024	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
15/01/2024 à 17/01/2024	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS **08:00** ÀS **14:00**;
18/01/2023	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
19/01/2023	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS **08:00** ÀS **16:00**;
23/01/2023	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
24/01/2024 e 25/01/2024	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
05/02/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.