

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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
 GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012
 FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 002/2025 * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 002/2025 – DE 10 DE MARÇO A 12 DE MARÇO DE 2025

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

<input type="checkbox"/> ANALISTA DA QUALIDADE	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO _____	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE LABORATÓRIO
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE GP	<input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE NUTRIÇÃO
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE SUPORTE	<input type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
<input type="checkbox"/> ANALISTA FINANCEIRO	<input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE TI
<input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO		<input type="checkbox"/> TÉCNICO TRANSFUSIONISTA
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA		

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível 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 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 2025.

 ASSINATURA LEGÍVEL

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 002/2025 – DE 10 DE MARÇO A 12 DE MARÇO DE 2025

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
05/03/2025	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
10/03/2025 à 12/03/2025	INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 14:00;</u>
14/03/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
17/03/2025	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;</u>
19/03/2025	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
20, 21 e 24/03/2025	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
31/03/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.