



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



Verificado por: \_\_\_\_\_  
Qtd.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT**  
**GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2017 \* PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital nº004/2017**  
**A partir de 17/07/2017.**

**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:**

I Nível Médio  Nível Médio Técnico/Profissionalizante  Nível Superior

**4. CARGO AO QUAL CONCORRE E CARGA HORÁRIA**

\_\_\_\_\_

**5. Possui Alguma Deficiência? \* SIM ( ) NÃO ( ) Qual?**

5.1 No caso de portador de deficiência física:

5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da entrevista:

**DECLARO** que conheço e aceito todas as condições da Seleção Pública, através dos itens previstos no **EDITAL nº 004/2017** e que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA LEGÍVEL**

**PREENCHIMENTO ISG**



**HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT**  
**INSTITUTO SÓCRATES GUANAES**  
**COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

FICHA DE INSCRIÇÃO - Edital 004/2017 - A partir de 17 de julho de 2017

NOME: \_\_\_\_\_  
CARGO: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE DE CÓPIAS: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_