

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSG - GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2024 - DE 15 A 17 DE JANEIRO DE 2024

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		CPF:
Identidade nº:	Órgão Emissor:	Data Nasc.: / /
E-mail:	Telefone ()	Cel: ()

2. ENDEREÇO:

Rua:		
Cond.:	Bloco:	Apto:
Bairro:	CEP:	nº:
Cidade:	UF:	

3. ESCOLARIDADE:

Nível Médio Nível Médio Técnico/Profissionalizante Nível Superior Pós-graduação

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

<input type="checkbox"/> Assistente Social PCD	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta PCD
<input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas PCD	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo PCD
<input type="checkbox"/> Assistente de Gestão de Pessoas PCD	<input type="checkbox"/> Nutricionista PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem – Centro Cirúrgico PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Serviços Gerais PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Imobilização Ortopédica PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista PCD	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Obstetra PCD	
<input type="checkbox"/> Engenheiro de Segurança do Trabalho PCD	

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no site: www.isgsaude.org

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?

FÍSICA AUDITIVA VISUAL INTELLECTUAL 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 () sim ou () não.

5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público.

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.

Itanhaém, ____ / ____ de 2024.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSG - GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

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

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
15 a 17 de Janeiro de 2024	Período de Inscrição
A partir do dia 24/01/2024	Entrevista por Competência por vaga
Até 05/02/2024	Publicação do Resultado Final

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org