

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2023 - DE 30 A 31 DE JANEIRO E 01 DE FEVEREIRO DE 2023

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 Pós-graduação

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

<input type="checkbox"/> Assistente Social PCD	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo PCD	<input type="checkbox"/> Nutricionista PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia PCD	<input type="checkbox"/> Psicólogo PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Serviços Gerais PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem PCD
<input type="checkbox"/> Comprador PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem - Centro Cirúrgico PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Imobilização Ortopédica PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Obstetra PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de TI PCD
<input type="checkbox"/> Farmacêutico PCD	<input type="checkbox"/> Técnico em Segurança do Trabalho PCD
<input type="checkbox"/> Fisioterapia PCD	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional PCD

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

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:

5.1 No caso de pessoa com deficiência física:

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 2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2023 – DE 30 a 31 DE JANEIRO e 01 DE FEVEREIRO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
30/01/2023 E 31/01/2023 e 01/02/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 08/02/2023	Início das entrevistas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	