

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2024 - de 14 a 16 DE OUTUBRO 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"/> Analista de Departamento Pessoal	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
<input type="checkbox"/> Analista de Suprimento	<input type="checkbox"/> Maqueiro
<input type="checkbox"/> Assistente Financeiro	<input type="checkbox"/> Motorista Administrativo
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) SCIH	<input type="checkbox"/> Obstetrix
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) Obstetra	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Farmacêutico Clínico	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem de Centro Cirúrgico
<input type="checkbox"/> Faturista	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional

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 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

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 – DE 14 a 16 DE OUTUBRO DE 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
14, 15 e 16 de outubro de 2024	Período de Inscrição
A partir do dia 21/10/2024	Início das provas
A partir do dia 29/10/2024	Entrevista por Competência por vaga
Até 06/11/2024	Publicação do Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	