Verificado por:		
Qtd:		
Data:/_	/	
Hora:		

HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2024 - de 09 a 11 DE DEZEMBRO 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 D]
4. CARGO AO QUAL CONCORRE	_
Enfermeiro(a) Obstetra Enfermeiro(a) SCIH Fisioterapeuta Obstetriz	
Necessário apresentação das documentaçoes conforme pré requisito de cada cargo disponivel no site: www.isgsaude	org
Necessário apresentação das documentaçoes conforme pré requisito de cada cargo disponivel no site: www.isgsaude 5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:	.org
	.org
5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:	.org
5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo: 5.1. No caso de pessoa com deficiência identificar o CID	.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:	.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.	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comp	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comi da solicitação de inscrição devidamente assinado.	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o como da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém,/ de 2024.	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o com da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém, / de 2024. ASSINATURA LEGÍVEL HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comi da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém, / de 2024. ASSINATURA LEGÍVEL HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN WWW.ISGSAUDE.ORG	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o como da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém,/ de 2024. ASSINATURA LEGÍVEL HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comi da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém, / de 2024. HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 – DE 09 a 11 DE DEZEMBRO DE 2024	/18 – Lei
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 Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o como da solicitação de inscrição devidamente assinado. Itanhaém,/ de 2024. ASSINATURA LEGÍVEL HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG	/18 – Lei

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
09, 10 e 11 de dezembro de 2024	Período de Inscrição
A partir do dia 16/12/2024	Início das provas
A partir do dia 19/12/2024	Entrevista por Competência por vaga
Até 23/12/2024	Publicação do Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	