

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL LITORAL NORTE
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO EMERGENCIAL - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO EMERGENCIAL - DE 03 A 06 DE FEVEREIRO DE 2020

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

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

<input type="checkbox"/> Analista de Comunicação	<input type="checkbox"/> Enfermeiro - UTI Adulto	<input type="checkbox"/> Eng. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Téc. de Radiologia
<input type="checkbox"/> Analista de Contratos	<input type="checkbox"/> Enfermeiro - UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Téc. de Aparelho Gessado
<input type="checkbox"/> Analista de DP	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Qualidade	<input type="checkbox"/> Faturista	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Analista de GP	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Centro Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/> Téc. de Enf. + Inst. Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Analista de TI	<input type="checkbox"/> Enfermeiro - Onco/Radio	<input type="checkbox"/> Maqueiro	<input type="checkbox"/> Téc. de Enf. do Trabalho
<input type="checkbox"/> Arquivista	<input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho	<input type="checkbox"/> Motoristas	<input type="checkbox"/> Téc. de Radioterapia
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista	<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> Téc. de Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo	<input type="checkbox"/> Enfermeiro SADT	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Téc. de Seg. do Trabalho
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia		<input type="checkbox"/> Telefonista	<input type="checkbox"/> Técnico de TI
		<input type="checkbox"/> Ouvidor	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
		<input type="checkbox"/> Psicologia	

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em 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:

DECLARO que conheço e aceito as condições da Seleção emergencial e que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.

Caraguatatuba, ____/____/2020

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL LITORAL NORTE

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO EMERGENCIAL – DE 03 a 06 DE FEVEREIRO DE 2020

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
03, 04, 05 e 06/02/2020	Período de Inscrição;
17 à 20/02/2020	Execução das Provas Objetiva;
02/03/2020 à 20/03/2020	Execução das Entrevistas;
ATÉ 17/04/2020	Publicação dos resultados
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	