

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE FRANCINE MAIA FRANÇA
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2023 – PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2023 - DE 20 A 22 DE JUNHO 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

4. CARGO AO QUAL CONCORRE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analista Administrativo | <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Analista de Comunicação | <input type="checkbox"/> Motorista |
| <input type="checkbox"/> Analista de Departamento Pessoal | <input type="checkbox"/> Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas | <input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado |
| <input type="checkbox"/> Analista de Hotelaria | <input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem Centro Cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico de Oncologia | |

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

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? * Favor descrever abaixo:

Física Auditiva Visual Intelectual 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 (Em caso do SIM, identificar cargo e área de atuação do familiar).
() sim ou () não Cargo: Área:

5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público, em caso SIM, identificar. (Agente Público entende-se, é aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública).
() sim ou () não

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.

Caraguatatuba, ____/____/2023.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2023 – DE 20 A 22 DE JUNHO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
20/06/2023 A 22/06/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 28/06/2023	Início das provas técnicas
A partir do dia 04/07/2023	Início das entrevistas
ATÉ 10/07/2023	Publicação do resultado final de todas as vagas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	