

Verificado por: \_\_\_\_\_

Qtd: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE  
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2023 – PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 003/2023 - DE 15 A 17 DE MARÇO 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"/> Assistente Social          | <input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado         |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista     | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem               |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Qualidade       | <input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal              |
| <input type="checkbox"/> Maqueiro                   | <input type="checkbox"/> Técnico de Tecnologia da Informação |
| <input type="checkbox"/> Operador de Teletendimento | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional               |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo                  |  |

*Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: [www.isgsaude.org](http://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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE  
[WWW.ISGSAUDE.ORG](http://WWW.ISGSAUDE.ORG)

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2023 – DE 15 A 17 DE MARÇO DE 2023

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

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATAS	ATIVIDADE
15/03/2023 A 17/03/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 22/03/2023	Início das provas técnicas
A partir do dia 28/03/2023	Início das entrevistas
ATÉ 05/04/2023	Publicação do resultado final de todas as vagas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a>	