

HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE FRANCINE MAIA FRANÇA

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 006/2024

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 006/2024 - DE 04 À 06 DE DEZEMBRO DE 2024

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 <input type="checkbox"/>	Nível Médio Técnico/Profissionalizante <input type="checkbox"/>	Nível Superior <input type="checkbox"/>
4. CARGO AO QUAL CONCORRE		
<input type="checkbox"/> Analista Departamento Pessoal	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Navegador	<input type="checkbox"/> Médico do Trabalho
<input type="checkbox"/> Analista de Treinamento	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Oncologia	<input type="checkbox"/> Ouvidor
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos	<input type="checkbox"/> Enfermeiro OPME (Órteses, Próteses e Materiais especiais)	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Bombeiro Civil	<input type="checkbox"/> Engenheiro de Segurança do Trabalho	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem do Trabalho
<input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho	<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista	<input type="checkbox"/> Farmacêutico de Oncologia	<input type="checkbox"/> Tecnólogo de Radioterapia
<i>Necessário apresentação das documentações, conforme pré requisito de cada cargo disponível no site: www.isgsaude.org</i>		
5. POSSUI DEFICIÊNCIA? SIM () NÃO ()		
AUDITIVA <input type="checkbox"/>	VISUAL <input type="checkbox"/>	INTELLECTUAL <input type="checkbox"/>
MÚLTIPLAS <input type="checkbox"/>	FÍSICA <input type="checkbox"/>	
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 () 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 () 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 2024.		
_____ ASSINATURA LEGÍVEL		
<small>OSS GESTORA</small>  HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG		
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 006/2024 – DE 04 À 06 DE DEZEMBRO DE 2024		
NOME:		
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
ASSINATURA ISG:	HORA:	

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
04/12/2024 à 06/12/2024	Período de Inscrição
À partir do dia 11/12/2024	Início das provas objetivas
À partir do dia 18/12/2024	Início das entrevistas
Até 30/12/2024	Publicação do resultado final de todas as vagas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	