

FICHA DE INSCRIÇÃO SELEÇÃO EMERGENCIAL* PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO EMERGENCIAL - DE 16, 17 E 18/07/2018

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 de Contratos <input type="checkbox"/> Analista de Sistema/Infraestrutura <input type="checkbox"/> Arquivista <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia <input type="checkbox"/> Enfermeiro: <input type="checkbox"/> *Generalista <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico/CME <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> UTI – Adulto <input type="checkbox"/> Engenheiro de Segurança do Trabalho <input type="checkbox"/> Farmacêutico Clínico <input type="checkbox"/> Faturista Hospitalar <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Maqueiro <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Ouvidor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem do Trabalho <input type="checkbox"/> Técnico de Hemoterapia <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia <input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho <input type="checkbox"/> Técnico de TI – Tecnologia da Informação <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional		
*Generalista referem-se a áreas de Pronto Socorro, Ambulatório, Clínicas médica e Cirúrgicas, e outros.		
Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível 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.		
Registro, ____/____/____ de 2018.		
_____ ASSINATURA LEGÍVEL		
 <p>HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO EMERGENCIAL – DE 16, 17 E 18 DE 2018</p>		
NOME:		
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
ASSINATURA ISG:	HORA:	

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
17, 18 e 19/07/2018	Período de Inscrição
A partir do dia 24/07	Início das provas técnicas
A partir do dia 31/07	Início das entrevistas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	