

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 002/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 002/2023 – DE 07 A 09 DE FEVEREIRO 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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Analista de Departamento Pessoal | ☐ Auxiliar de Rouparia | ☐ Psicólogo |
| ☐ Analista de Sistemas | ☐ Enfermeiro de Educação Permanente | ☐ Nutricionista |
| ☐ Assistente Administrativo | ☐ Enfermeiro do Trabalho | ☐ Técnico de Segurança do Trabalho |
| ☐ Auxiliar Administrativo | ☐ Farmacêutico | ☐ Técnico em Radiologia |
| ☐ Auxiliar de Farmácia | ☐ Médico do Trabalho | ☐ Terapeuta Ocupacional |

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

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? Assinalar 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.

Registro, ____/____/____ de 2023.

 ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO
WWW.ISGSAUDE.ORG
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – EDITAL 002/2023 – DE 07 A 09 DE FEVEREIRO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
07 a 09/02/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 16/02/2023	Início das Provas
A partir do dia 24/02/2023	Início das entrevistas
A partir do dia 06/03/2023	Publicação do Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	