

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analista de Departamento Pessoal | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Rouparia              | <input type="checkbox"/> Psicólogo                        |
| <input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas    | <input type="checkbox"/> Enfermeiro de Educação Permanente | <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Analista de Sistemas             | <input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho            | <input type="checkbox"/> Técnico em Radiologia            |
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo        | <input type="checkbox"/> Farmacêutico                      | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional            |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo          | <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho                |   |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia             | <input type="checkbox"/> Nutricionista                     |   |

**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? 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



HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO  
[WWW.ISGSAUDE.ORG](http://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: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a>	