

SELEÇÃO EMERGENCIAL
A partir de 05 de Fevereiro de 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"/> Auxiliar Administrativo <input type="checkbox"/> Enfermeiro: <input type="checkbox"/> *Generalista <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <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"/> Médico do Trabalho		<input type="checkbox"/> Odontólogo <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 com Instrumentação Cirúrgica <input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho <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.			
São Jose dos Campos, ____/____ de 2018.			
_____ ASSINATURA LEGÍVEL			
 <p>HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSE DOS CAMPOS WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO EMERGENCIA - A PARTIR DE 05 DE FEVEREIRO DE 2018.</p>			
NOME:		QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
CARGO:		HORA:	
ASSINATURA ISG:			

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADES
05 à 08/02/2018	Período de Inscrição presencial
15 à 23/02/2018	Período de Prova de técnica
26/02 à 23/03/2018	Período de Entrevista
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	