

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSE DOS CAMPOS
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO- EDITAL 002/2019 * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

PROCESSO SELETIVO- EDITAL 002/2019
A partir de 29 de ABRIL de 2019.

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"/> Auxiliar Administrativo PCD | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro – Centro Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Lactarista |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro – Pediatria | <input type="checkbox"/> Operador de Teleatendimento |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro – UTI | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico Clínico | |

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 do Processo Seletivo Edital 002/2019 e que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.

São Jose dos Campos, ____/____/____ de 2019.

ASSINATURA LEGÍVEL

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADES
29, 30/04 e 02/05/2019	Período de Inscrição presencial
06 e 08/05/2019	Período de Prova
13 a 15/05/2019	Período de Entrevista
ATÉ 20/05/2019	Publicação do Resultado Final e Cadastro Reserva.

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org