

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2020 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2020 - DE 13 A 16 DE JANEIRO DE 2020

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 Gestão de Pessoas	<input type="checkbox"/> Engenheiro Segurança Trabalho	<input type="checkbox"/> Médico do Trabalho
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Enfermeiro Trabalho	<input type="checkbox"/> Odontólogo
<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo	<input type="checkbox"/> Enfermeiro UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Téc. Aparelho Gessado
<input type="checkbox"/> Auxiliar administrativo PCD	<input type="checkbox"/> Enfermeiro UTI Adulto	<input type="checkbox"/> Técnico Enfermagem
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Centro Cirurgico	<input type="checkbox"/> Farmacêutico Clinico	<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista	<input type="checkbox"/> Faturista Hospitalar	<input type="checkbox"/> Técnico de Saude Bucal
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Pediatria	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologo	<input type="checkbox"/> Tec. Segurança Trabalho
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Qualidade	<input type="checkbox"/> Maqueiro	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<i>Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org</i>		
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 José dos Campos, ____/____/____ de 2020.		

ASSINATURA LEGÍVEL		
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS		
WWW.ISGSAUDE.ORG		
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG		
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2020 – DE 13 a 16 DE JANEIRO DE 2020		
NOME:		
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:	
ASSINATURA ISG:	HORA:	

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
13 a 16/01/2020	Período de Inscrição
A partir do dia 21/01/2020	Início das provas técnicas
A partir do dia 29/01/2020	Início das entrevistas
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org	