Verificado por: _____ Qtd: _____ Data:_____/_____/_____

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA ISG Cuidar e Salvar Vidas

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2023 - DE 03 A 06 DE JANEIRO 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 Depto. Pessoal PCD	☐ Farmacêutico Clínico PCD	☐ Técnico de Aparelho Gessado PCD
☐ Analista de TI PCD	☐ Faturista Hospitalar PCD	☐ Téc. de Enfermagem Centro Cirúrgico PCD
☐ Auxiliar Administrativo PCD	☐ Fonoaudiólogo PCD	☐ Técnico de Enfermagem Generalista PCD
☐ Auxiliar de Suprimentos PCD	☐ Instrumentador Cirúrgico PCD	☐ Técnico de Farmácia PCD
☐ Enfermeiro Centro Cirúrgico PCD	☐ Maqueiro PCD	☐ Técnico de Radiologia PCD
☐ Enfermeiro do Trabalho PCD	☐ Médico do Trabalho PCD	☐ Técnico de Saúde Bucal PCD
☐ Enfermeiro Generalista PCD	☐ Nutricionista Clínico PCD	☐ Técnico de Seg. do Trabalho PCD
☐ Enfermeiro SCIH PCD	☐ Odontólogo PCD	☐ Terapeuta Ocupacional PCD
☐ Enfermeiro UTI Pediátrica PCD	☐ Operador de Teleatendimento PCD	
☐ Engenheiro Seg. Trabalho PCD	☐ Psicólogo PCD	

Necessário apresentação das documentaçoes conforme pré requisito de cada cargo disponivel no 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:

5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade ( ) sim ou ( ) não.

5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público

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.

São José dos Campos, _____/_____ de 2023.

_____
ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA ISG Cuidar e Salvar Vidas

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
WWW.ISGSAUDE.ORG
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2023 – DE 03 a 06 DE JANEIRO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
03/01/2023 a 06/01/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 10/01/2023	Início das entrevistas
Até 20/01/2023	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org.	