

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2023 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2023 - DE 14 A 16 DE AGOSTO 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 Gestão de Pessoas | <input type="checkbox"/> Instrumentador Cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Assistente de Suprimentos | <input type="checkbox"/> Maqueiro |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo | <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia | <input type="checkbox"/> Técnico de Enf. Centro Cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos | <input type="checkbox"/> Técnico de Enf. Generalista |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Nefrologista | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo | |

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível 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

GRUPO HOSPITAL



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2023 – DE 14 a 16 DE AGOSTO DE 2023

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
14/08/2023 à 16/08/2023	Período de Inscrição
A partir do dia 21/08/2023	Início das provas
A partir do dia 28/08/2023	Início das entrevistas
Até 06/09/2023	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org .	