

Verificado por: \_\_\_\_\_

Qtd: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 002/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA



**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 002/2024 - DE 04 A 06 DE MARÇO DE 2024**

**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 Depto. Pessoal	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia
<input type="checkbox"/> Analista de Gestão Pessoas	<input type="checkbox"/> Lactarista	<input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Nutricionista Clínico	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> Auxiliar administrativo	<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia	<input type="checkbox"/> Operador de Teleatendimento	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos	<input type="checkbox"/> Psicólogo Clínico	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Centro Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem CC	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Qualidade	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem Generalista	
<input type="checkbox"/> Faturista Hospitalar	<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia	

**Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: [www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)**

**5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA? \***

FÍSICA  AUDITIVA  VISUAL  INTELECTUAL  MENTAL  MÚLTIPLAS

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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

[WWW.ISGSAUDE.ORG](http://WWW.ISGSAUDE.ORG)

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 002/2024 – DE 04 a 06 DE MARÇO DE 2024

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

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATAS	ATIVIDADE
04/03/2024 a 06/03/2024	Período de Inscrição
A partir do dia 12/03/2024	Início das entrevistas
Até 20/03/2024	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a> .	