

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

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

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

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2025 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

OSS GESTORA



**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2025 - DE 07 A 09 DE JANEIRO DE 2025**

**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 PCD	<input type="checkbox"/> Farmacêutico Clínico PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado PCD
<input type="checkbox"/> Analista de TI PCD	<input type="checkbox"/> Faturista Hospitalar PCD	<input type="checkbox"/> Téc. de Enfermagem Centro Cirúrgico PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo PCD	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem Generalista PCD
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos PCD	<input type="checkbox"/> Instrumentador Cirúrgico PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Centro Cirúrgico PCD	<input type="checkbox"/> Maqueiro PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho PCD	<input type="checkbox"/> Médico do Trabalho PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista PCD	<input type="checkbox"/> Nutricionista Clínico PCD	<input type="checkbox"/> Técnico de Seg. do Trabalho PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro SCIH PCD	<input type="checkbox"/> Odontólogo PCD	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional PCD
<input type="checkbox"/> Enfermeiro UTI Pediátrica PCD	<input type="checkbox"/> Operador de Teleatendimento PCD	
<input type="checkbox"/> Engenheiro Seg. Trabalho PCD	<input type="checkbox"/> Psicólogo PCD	

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

**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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2025 – DE 07 a 09 DE JANEIRO DE 2025

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

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATAS	ATIVIDADE
07/01/2025 a 09/01/2025	Período de Inscrição
A partir do dia 14/01/2025	Início das entrevistas
Até 20/01/2025	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: <a href="http://www.isgsaude.org.br">www.isgsaude.org.br</a>	