

Verificado por: _____

Qtd: _____

Data: ____/____/____

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA



SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2024 - DE 05 A 07 DE AGOSTO 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"/> Auxiliar Administrativo	<input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos	<input type="checkbox"/> Técnico Segurança do Trabalho
<input type="checkbox"/> Assistente de Suprimentos	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	
<input type="checkbox"/> Lactarista	
<input type="checkbox"/> Maqueiro	
<input type="checkbox"/> Técnico Aparelho Gessado	
<input type="checkbox"/> Téc. Enfermagem Centro	
<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem Generalista	
<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia	

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: 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

GRUPO HOSPITAL



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 – DE 05 A 07 DE AGOSTO DE 2024

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
05/08/2024 a 07/08/2024	Período de Inscrição
A partir do dia 13/08/2024	Início das provas
A partir do dia 20/08/2024	Início das entrevistas
Até 27/08/2024	Publicação Resultado Final
Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org.br	