

ANEXO II
EDITAL SMS Nº 01/2020
FICHA DE INSCRIÇÃO

Função: _____

Código: _____

FOTO	Nome Completo:	
	Identidade:	CPF:
	Estado Civil:	Data do Nascimento ____/____/____
Endereço Residencial:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	
E-mail:		
Tel. Fixo: ()		Celular ()
Escolaridade		Instituição
		Ano de Conclusão
Ensino Médio:		
Graduação:		
Especialização:		
Mestrado:		
Doutorado:		
DESEJO CONCORRER A FUNÇÃO DE:		
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ESCRITÓRIO <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMACIA <input type="checkbox"/> MAQUEIRO <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA <input type="checkbox"/> RECEPCIONISTA <input type="checkbox"/> ALMOXARIFE <input type="checkbox"/> ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO <input type="checkbox"/> TÉCNICO DE RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO PLANTONISTA		<input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA PLANTONISTA <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO – 36h <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO – 40h <input type="checkbox"/> MÉDICO ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> MÉDICO GENERALISTA <input type="checkbox"/> MÉDICO PLANTONISTA ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> MÉDICO PLANTONISTA UTI <input type="checkbox"/> MÉDICO PLANTONISTA GENERALISTA <input type="checkbox"/> MÉDICO ANESTESIOLOGISTA <input type="checkbox"/> MÉDICO CIRURGIÃO GERAL <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA

Declaro sob as penas da Lei, que as declarações acima são verdadeiras e que estou ciente e concordo com todas as normas, regras e condições constante no edital do Processo Seletivo Simplificado de Nº 01/2020.

Assinatura do Candidato