



P R E F E I T U R A D E
SOBRAL
Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO II
EDITAL SMS Nº 10/2020
FICHA DE INSCRIÇÃO

Número de folhas enviadas contando com a Ficha de Inscrição: _____

FOTO	Nome Completo:	
	Identidade:	
	CPF:	
	Estado Civil:	
	Data do Nascimento ____/____/____	
Endereço Residencial:		
Bairro:		CEP:
Cidade:		Estado:
E-mail:		
Tel. Fixo: ()		Celular ()
Desejo concorrer a função de (SERÁ INDEFERIDA A INSCRIÇÃO CASO O CANDIDATO ASSINALE MAIS DE UMA OPÇÃO) :		
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE FARMÁCIA		
<input type="checkbox"/> MAQUEIRO		
<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM PLANTONISTA		

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 10/2020.

Assinatura do Candidato