



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 <b>(SERÁ INDEFERIDA A INSCRIÇÃO CASO O CANDIDATO ASSINALE MAIS DE UMA OPÇÃO)</b> :	
<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